Bernadette Willemse, Claire Wessel en Anne Margriet Pot

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Monitor Woonvormen Dementie

Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

2008-2014



Bernadette Willemse, Claire Wessel en Anne Margriet Pot

Monitor Woonvormen Dementie

Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

2008-2014

Trimbos-instituut
Utrecht, 2015

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding
Prof. dr. Anne Margriet Pot

Projectuitvoering
drs. Bernadette Willemse, Claire Wessel MSc, dr. Moniek Vlasveld, drs. Marlous Tuithof, Marleen Prins MSc

Begeleidingscommissie
drs. Julie Meerveld, drs. Aloys Kersten, dr. Erik van Rossum, drs. Pieter Roelfsema, drs. Wimjan Vink, drs. Hugo van Waarde, Els Lodewijk, Angelique Vlaar, Pieter van der Hoek Msc

Tekstbewerking
Sacha Buddingh'

Omslagontwerp
Ladenius Communicatie BV

Vormgeving en productie
Canon Nederland N.V.

De Monitor Woonvormen Dementie wordt gefinancierd door:

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

En de deelnemende zorgorganisaties

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1362**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

Inhoudsopgave

Inleiding

De dementiezorg in verzorgings- en verpleeghuizen is sterk in beweging. Dit is mede een gevolg van veranderingen in het overheidsbeleid. De afgelopen jaren heeft de overheid extra middelen voor de ouderenzorg beschikbaar gesteld om meer personeel aan te nemen en medewerkers beter op te leiden. Daarnaast gaat de bouw van kleinschalige woonvoorzieningen en de transitie van traditionele, grootschalige verpleeghuizen naar kleinschaligere eenheden gestaag door. Verder hechten zowel overheid als zorginstellingen steeds meer belang aan een grotere inzet van informele zorg (zorg door mantelzorgers en vrijwilligers). Daarnaast krijgen bestuurders en toezichthouders meer aandacht voor de kwaliteit van zorg, de mogelijkheid voor cliënten om regie over hun eigen leven te houden en de ruimte voor zorgprofessionals om zelf dingen te regelen. En ten slotte staan er grote veranderingen op stapel in de AWBZ.

Deze ontwikkelingen zullen niet alleen personele consequenties hebben, maar ook gevolgen voor de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van leven van bewoners, het welbevinden van zorgpersoneel en de tevredenheid van familie.

In het kader van de Monitor Woonvormen Dementie worden tweejaarlijks gegevens verzameld over bovengenoemde ontwikkelingen; dit gebeurt in een landelijke steekproef van woonvoorzieningen voor mensen met dementie. In de Monitor bevragen we zowel verzorgenden en familieleden als managers en behandelaars en stellen wij verzorgenden vragen over de bewoners voor wie zij zorgen (zie ook bijlage 2). Door deze opzet is het mogelijk veranderingen vast te stellen en de oorzaken en gevolgen hiervan in kaart te brengen. Bovendien stelt zo'n tweejaarlijkse meting ons in staat thema's te onderzoeken die belangrijk worden geacht voor goede dementiezorg of die maatschappelijk veel stof doen opwaaien.

Zo beantwoordt de Monitor vragen als: Lukt het om vrijheidsbeperkende maatregelen en het gebruik van psychofarmaca terug te dringen? Lukt het om de betrokkenheid van familieleden binnen zorginstellingen te vergroten? Welke activiteiten doen er nu eigenlijk toe om de kwaliteit van leven van mensen met dementie te verbeteren? Zijn er verschillen tussen zorginstellingen waarvan we kunnen leren?

Op deze manier kunnen wij de veranderingen evalueren die in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie plaatsvinden. Waar mogelijk leggen we vervolgens verbanden tussen deze veranderingen en het gevoerde (overheids)beleid van de afgelopen jaren en de initiatieven voor kwaliteitsverbetering die binnen de verpleeghuissector hebben plaatsgevonden. Ons doel is om concrete aanknopingspunten te bieden voor verbetering van de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie en voor het personeelsbeleid in deze sector. Hierbij richten wij ons zowel op het overheidsbeleid als op de interne kwaliteitsverbetering van instellingen.

De eerste meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie, gefinancierd door het ministerie van VWS, vond in 2008/2009 plaats. Aan deze meting deden 136 woonvoorzieningen mee. In 2010/2011 volgde de tweede meetronde, nu met 144 deelnemende woonvoorzieningen. Ditmaal leverde ook Alzheimer Nederland een bijdrage aan de financiering.

De derde meetronde vond in 2013/2014 plaats. Gezien de meerwaarde van de Monitor voor het veld en de deelnemende organisaties besloot het ministerie van VWS deze derde meetronde alleen voor de helft te financieren en de andere helft aan de betrokken woonvoorzieningen te laten. Dit betekende dat er voor het eerst een financiële bijdrage van woonvoorzieningen zelf nodig was om deel te kunnen nemen. Uiteraard heeft de gevraagde financiële bijdrage invloed gehad op de afwegingen van woonvoorzieningen om mee te doen aan de Monitor.

Uiteindelijk hebben 54 woonvoorzieningen deelgenomen aan de derde meetronde. Vanwege het lagere aantal deelnemende woonvoorzieningen en de veranderde voorwaarden voor deelname heeft deze meetronde – in tegenstelling tot beide eerdere – daarom geen representatieve steekproef opgeleverd van de woonvoorzieningen in Nederland die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie. Uiteraard belemmert dit de vergelijking van de uitkomsten met die van de eerdere meetronden. Daar staat tegenover dat 54 woonvoorzieningen nog altijd een aanzienlijk aantal is en dat er geen opvallende verschillen bleken te bestaan tussen de woonvoorzieningen die na de tweede meetronde wel en niet besloten mee te doen aan de derde ronde. In bijlage 2 van deze uitgave gaan we hier dieper op in.

De resultaten van de eerdere meetronden van de Monitor Woonvormen Dementie zijn vastgelegd in drie Nederlandstalige en diverse internationale publicaties (voor een overzicht: zie bijlage 1). Zij worden in deze publicatie samengevat in het hoofdstuk 'Eerdere bevindingen van de Monitor'.

Huidige meetronde: onderzoek naar trends en succesfactoren

Trends

Tijdens de derde meting van de Monitor hebben wij voor een groot deel dezelfde gegevens verzameld als in de twee vorige meetronden. Aan bod kwamen: de organisatie van de zorg (waaronder kleinschalige zorg), kenmerken en zorgzwaarte van de bewoners, personele bezetting, gebruik van domotica, werkomstandigheden en welbevinden van het verzorgend personeel, kwaliteit van de geboden zorg, de inzet van informele zorg en ten slotte de kwaliteit van leven van de bewoners.

Door alle woonvoorzieningen die aan de verschillende meetronden hebben deelgenomen met elkaar te vergelijken is het mogelijk ontwikkelingen door de tijd te bestuderen. Uiteraard met de eerder gemaakte kanttekening met betrekking tot de representativiteit van de derde meetronde.

In de tweede uitgave van de Monitor zijn ook steeds de uitkomsten van de woonvoorzieningen die aan de eerste en de tweede meetronde hebben deelgenomen met elkaar vergeleken. Deze vergelijking wordt in deze publicatie niet gemaakt omdat het aantal woonvoorzieningen dat aan alle drie de meetronden heeft meegedaan te klein is. In bijlage 2 wordt nader bij de onderzoeksmethode stilgestaan.

Succesfactoren

Naast deze trends onderzoeken wij een viertal thema's waarvoor in de derde meetronde verdiepende informatie is verzameld. De keuze voor deze thema's is in overleg met de begeleidingscommissie en de deelnemende woonvoorzieningen gemaakt; het betreft onderwerpen waarvoor geldt dat er zowel vanuit het beleid als de praktijk behoefte is aan meer informatie. Drie van deze thema's zijn gerelateerd aan eerder gevonden succesfactoren voor het welslagen van woonvoorzieningen voor mensen met dementie:

- persoonsgerichte zorg;
- een zinvolle dag voor bewoners;
- betrokkenheid van familie[I].

Uit de Monitor bleek eerder dat persoonsgerichte zorg niet alleen positief gerelateerd is aan het welbevinden en het functioneren van bewoners, maar ook aan het welbevinden van verzorgenden en familie en aan een betere kwaliteit van zorg[1]. In deze publicatie gaan we dieper in op ervaringen die verzorgenden en familieleden in de woonvoorzieningen hebben met persoonsgerichte zorg.

Bewoners bij activiteiten betrekken is één van de factoren die het succes van een woonvoorziening beïnvloeden en een belangrijke voorspeller voor de kwaliteit van leven van de mensen met dementie die er wonen. Maar hoe ziet een dag van een gemiddelde bewoner met dementie er uit en wanneer draagt een activiteit bij aan het welbevinden van een bewoner? Meer inzicht in het antwoord op deze vragen levert aanknopingspunten op om bewoners met dementie in zorginstellingen een goede dag te bieden.

Hoewel woonvoorzieningen steeds meer gaan beseffen dat een goede samenwerking met familie bijdraagt aan hun succes, zien we ook dat tussen voorzieningen de structurele bijdrage van familieleden sterk uiteenloopt. Ligt dit aan het beleid of aan de mate waarin verzorgenden de familie stimuleren? Hoe ervaren familieleden deze stimulatie en hangen deze drie perspectieven met elkaar samen? Meer inzicht in hoe de betrokkenheid van familie kan worden bevorderd, is van belang omdat eerder in de Monitor is gebleken dat een grotere betrokkenheid van familie gerelateerd is aan betere zorg.

I In deze uitgave gebruiken we de term familie of familieleden. Hiermee bedoelen we de naasten uit de omgeving van mensen met dementie, die de informele zorg op zich nemen of de persoon met dementie vertegenwoordigen (ook wel mantelzorgers genoemd). Het overgrote deel van de mantelzorgers is familie van de persoon met dementie, soms wordt mantelzorg ook verleend door buren, vrienden, etc.

Het vierde thema, het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca, is niet alleen relevant omdat overheid en samenleving het gebruik van deze middelen willen verminderen, maar ook omdat in de tweede meetronde van de Monitor is geconstateerd dat vrijheidsbeperkende maatregelen weliswaar zijn teruggedrongen, maar het gebruik van psychofarmaca niet. In deze meetronde stelden we de vraag: Hoe kijken de voorschrijvende artsen tegen het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca aan? Is het volgens hen mogelijk die (verder) te verminderen en wat is daarvoor dan nodig? En welke organisatorische kenmerken dragen bij aan de druk die artsen ervaren om dit soort middelen voor te schrijven?

Opbouw van deze uitgave

Het eerste deel van deze publicatie beschrijft, op basis van de drie meetronden van de Monitor Woonvormen Dementie, in acht hoofdstukken de veranderingen die gedurende de periode 2008-2014 in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie hebben plaatsgevonden. Hierbij worden steeds de verwachte ontwikkelingen afgezet tegen de resultaten van de Monitor, gevolgd door een reflectie.

In het tweede deel gaan wij dieper in op de vier nader onderzochte thema's: persoonsgerichte zorg, een zinvolle dag voor bewoners, betrokkenheid van familie, en terugdringing van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca. Daarbij proberen we tevens antwoorden te vinden op de vragen die rondom deze onderwerpen leven.

In de slotbeschouwing bespreken we de belangrijkste resultaten van deze publicatie, alsmede de kracht en de beperkingen van dit onderzoek. Ook staan we stil bij de positieve trends die we hebben gevonden en bij de ontwikkelingen en onderwerpen die in de toekomst nadere aandacht behoeven.

Eerdere bevindingen van de Monitor

De resultaten van de twee eerdere meetronden van de Monitor Woonvormen Dementie zijn vastgelegd in drie Nederlandstalige en diverse internationale publicaties (voor een overzicht: zie bijlage 1).

In de eerste uitgave 'Monitor Woonvormen Dementie: Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie'[2] werd antwoord gegeven op de vraag wat de variatie in zorgaanbod – en met name de rol van kleinschaligheid hierin – voor de inzet van verzorgend personeel betekende. Daarnaast kwam in deze publicatie aan de orde hoe het in de deelnemende woonvoorzieningen gesteld was met het welbevinden van het verzorgend personeel, de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven van de bewoners.

De resultaten van deze eerste studie lieten zien dat er tussen woonvoorzieningen grote verschillen bestonden in arbeidstevredenheid van het personeel, kwaliteit van leven van bewoners en kwaliteit van zorg. Sommige woonvoorzieningen scoorden gunstig op deze uitkomstmaten, andere juist niet. De verschillen in kwaliteit bleken echter niet allemaal terug te voeren op de personeelsinzet of op de mate waarin woonvoorzieningen kleinschalige zorg boden. Hierdoor kwam de vraag op welke factoren dan wél ten grondslag lagen aan deze verschillen. Hoe komt het dat sommige woonvoorzieningen het zo goed doen en andere niet? Wat maakt dat voorzieningen met een vergelijkbare personeelsinzet of een vergelijkbare manier van zorg verlenen toch in kwaliteit van elkaar verschillen? Wat is het geheim van het succes van bepaalde woonvoorzieningen? Dit is onderzocht in een kwalitatieve deelstudie van de Monitor Woonvormen Dementie.

De tweede uitgave, 'Monitor Woonvormen Dementie: tien succesfactoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie'[3], beschrijft de resultaten van deze kwalitatieve studie. Hierin stond het antwoord op de volgende vraag centraal: Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor het succes van woonvoorzieningen voor mensen met dementie? Deze studie leverde de tien volgende succesfactoren op:

1. Een visie als leidraad voor praktijk en beleid.
2. Een leidinggevende die steunt en stuurt.
3. Erkenning van verzorgenden[II] als zorgprofessionals.
4. Verzorgenden die voldoende tijd ervaren om goede zorg te bieden.
5. Een verbonden, open en betrokken team van verzorgenden.
6. Een goede samenwerking met familie.
7. Vrijwilligers als kans voor de woonvoorziening.

II In deze uitgave gebruiken we de term verzorgenden of verzorgend personeel. Hiermee bedoelen we niet alleen de medewerkers met een verzorgende functie, maar alle medewerkers in de dagelijkse directe zorg van opleidingsniveau 1 tot en met 5.

8. Een ondersteunende omgeving.
9. Persoonsgerichte zorg op een goede manier toegepast.
10. Bewoners bij activiteiten betrekken.

De eerste vijf succesfactoren bleken absolute voorwaarden voor goede dementiezorg. Wanneer die factoren aanwezig waren, verliep de zorgverlening meestal soepel en waren medewerkers tevreden met het werk. Bij afwezigheid van deze factoren deden zich vaak problemen voor in de arbeidstevredenheid en had dit ook zijn weerslag op de kwaliteit van de geboden zorg en de kwaliteit van leven van bewoners. De factoren 9 en 10, indicatoren van een goede kwaliteit van zorg, bleken pas tot uiting te kunnen komen wanneer aan de absolute voorwaarden was voldaan. De overige factoren waren kansen voor de woonvoorzieningen: in sommige gevallen droegen zij extra bij aan succes, maar over het algemeen werden zij nog weinig benut.

De derde publicatie 'Monitor Woonvormen Dementie: Trends en succesfactoren in verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2011'[1] beschrijft de ontwikkelingen in de organisatie van de zorg, de personele bezetting, het welbevinden van het personeel, de kenmerken en zorgzwaarte van bewoners en hun kwaliteit van leven gedurende de periode 2008-2011. Daarnaast werden in deze uitgave twee succesfactoren voor een woonvoorziening, persoonsgerichte zorg en de betrokkenheid van familie, nader uitgediept.

Een belangrijke positieve bevinding in de derde publicatie was de gemiddelde vermindering van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen bij mensen met dementie in zorginstellingen tussen 2008 en 2011. Daarbij ging het vooral om het gebruik van bedhekken en verpleegdekens. Daarnaast bleek dat in 2011 zeventig procent van de 140 onderzochte woonvormen geen gebruik meer maakte van onrustbanden. Zorgelijk was echter de constatering dat het aantal mensen met dementie dat psychofarmaca kreeg voorgeschreven in de onderzochte periode niet was verminderd: gemiddeld kreeg in 2011 nog altijd een kwart van de bewoners middelen als antipsychotica voorgeschreven.

Daarnaast bleek uit de derde publicatie van de Monitor dat bewoners bij een grotere variatie aan activiteiten betrokken werden en dat de inzet van vrijwilligers was toegenomen. Wat betreft de werkomstandigheden van het verzorgend personeel werden zowel positieve als negatieve ontwikkelingen gevonden. Zo nam de steun die medewerkers van collega's ervoeren toe, evenals het vertrouwen in eigen kunnen. Daar stond tegenover dat meer verzorgenden zich emotioneel uitgeput voelden, een belangrijke klacht bij burn-out.

Nadere bestudering van twee genoemde succesfactoren (persoonsgerichte zorg en betrokkenheid van familie) bracht onder meer aan het licht dat beide een positieve invloed hebben op een breed scala van uitkomsten in de zorg. Zoals de kwaliteit van leven van bewoners, het welbevinden van zowel familieleden als medewerkers en de kwaliteit van de zorg.

Deel 1: Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2014



1 Trends in de organisatie van de zorg

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
• Toename van kleinschalige zorgkenmerken.	• Geen toename van kleinschalige zorgkenmerken.
• Toename in de eenduidigheid van de zorgvisie.	• Geen verandering in de eenduidigheid van de zorgvisie.
• Toename van coachend, inspirerend en visionair (transformationeel) leiderschap.	• Geen verandering in transformationeel leiderschap.

trends

Geen toename van kleinschalige zorgkenmerken

Verwachting

In 1989 werd in Nederland de eerste kleinschalige woonvoorziening voor mensen met dementie geopend. Mede dankzij stimuleringsregelingen van de overheid[4] was in 2010 ruim een kwart van de voorzieningen met verpleeghuiszorg kleinschalig georganiseerd. Waarschijnlijk is dit aandeel de laatste jaren nog verder toegenomen, al zijn precieze cijfers niet bekend.

Tegelijkertijd is er een groeiend besef dat kleinschalige zorg niet voorbehouden is aan woonvoorzieningen die gevestigd zijn in een ‘archetypische kleinschalige woonvorm’: een huis met kleine bewonersgroepen dat in een woonwijk gelegen is en uiterlijk op een normale woning lijkt. Ook andersoortige woonvoorzieningen hebben tegenwoordig in hun zorgaanbod vaak kenmerken van kleinschalige zorg (zie kader) geïntegreerd. Denk bijvoorbeeld aan een huiselijk ingerichte huiskamer waar bewoners meehelpen met huishoudelijke activiteiten, maaltijden die aan tafel worden opgeschept of in de huiskamer worden bereid en verzorgend personeel dat mee-eet met de bewoners.
In de Monitor zien we dan ook al vanaf de eerste meetronde kenmerken van kleinschalige zorg terug in alle typen woonvormen, van pg-afdelingen in verzorgingshuizen en grootschalige verpleeghuizen die de zorg kleinschalig organiseren tot kleinschalige woonvormen in de wijk.

De reden dat woonvoorzieningen steeds meer kenmerken van kleinschalige zorg integreren is naar alle waarschijnlijkheid dat die kenmerken sterk overeenkomen met de hedendaagse opvattingen over goede zorg (bijvoorbeeld een huiselijke omgeving, zinvolle dagbesteding, zelf zoveel mogelijk de regie houden). En nog altijd zijn een groot aantal zorgorganisaties in Nederland aan het reorganiseren naar een meer kleinschalige organisatie van de zorg. Gezien de blijvende focus op kleinschalige zorg in Nederland was onze verwachting dat het aantal kenmerken van kleinschalige zorg binnen de deelnemende organisaties zou zijn toegenomen.

Kenmerken van kleinschalige zorg

1. Bezoekers en niet-verzorgend personeel bellen bij de voordeur van de woningen aan om binnen te worden gelaten.
2. De huiskamers hebben een huiselijke sfeer.
3. De warme maaltijd wordt in de keuken van de huiskamers bereid.
4. Maaltijden worden aan tafel opgeschept.
5. De was (of althans een gedeelte daarvan) wordt in de woningen gedaan.
6. De kamers van bewoners gaan overdag niet op slot.
7. Bewoners gebruiken hun eigen linnengoed.
8. Bewoners helpen mee in de huishouding.
9. Bewoners pakken zelf tussendoortjes.
10. Als familieleden tegen etenstijd op bezoek komen, kunnen zij mee-eten.
11. Familieleden helpen mee in de huishouding.
12. Het verzorgend personeel draagt geen uniform.
13. Het verzorgend personeel voert ook huishoudelijke taken uit.
14. Het verzorgend personeel eet samen met de bewoners.

Resultaten

De spreidingsdiagrammen 1a, 1b en 1c laten zien dat er op het oog weinig veranderingen hebben plaatsgevonden in de verschillende soorten woonvormen. Binnen elk type zijn er nog altijd grote verschillen in het aantal kenmerken van kleinschalige zorg. Uit de resultaten komt in de gehele groep woonvoorzieningen gedurende de periode 2008-2014 wel een kleine toename naar voren in de mate van kleinschalige zorg, maar deze verandering is niet significant (zie tabel 1.1). De kenmerken van kleinschalige zorg die tijdens de onderzoeksperiode het vaakst binnen woonvoorzieningen zijn geïntegreerd, zijn een huiselijke sfeer in de huiskamers en de maaltijden aan tafel opscheppen. In ongeveer de helft van de woonvoorzieningen wordt de warme maaltijd ook in de huiskamers bereid. Aanzienlijk minder vaak geven woonvoorzieningen te kennen dat bewoners en familie meehelpen in de huishouding en dat familieleden mee kunnen eten wanneer zij tegen etenstijd op bezoek komen.

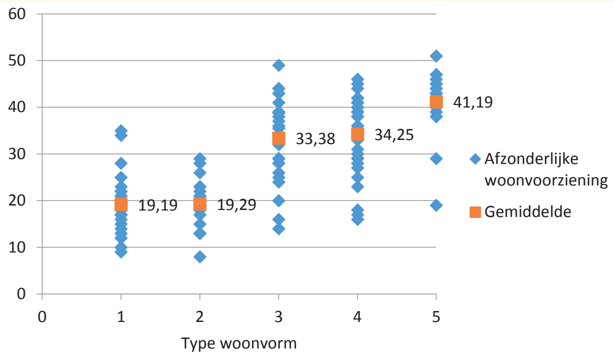
Reflectie

De verwachte toename in het aanbod van kleinschalige zorg is over het geheel genomen beperkt gebleven. Dit is zelfs het geval nu er, zoals te zien is in de spreidingsdiagrammen, in verhouding meer kleinschalige woonvoorzieningen aan de Monitor meededen dan bij eerdere meetronden.

De stimulering van kleinschalige zorg lijkt met name tot uiting te zijn gekomen in bepaalde kenmerken zoals huiselijkheid. Daadwerkelijk met bewoners en hun familie een huishouden voeren lijkt nog altijd minder vanzelfsprekend. Mogelijk is het accent in nieuw gebouwde of naar meer kleinschalige zorg gereorganiseerde woonvoorzie-

ningen met name gericht op de fysieke omgeving (zoals het huiselijk inrichten van de huiskamers) en is er minder aandacht voor de vraag hoe men de kleinschalige zorg in de dagelijkse praktijk gezamenlijk vorm kan geven.

Diagram 1a: Score op Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod weergegeven per type woonvorm in de eerste meetronde (MWD1).



Type 1 = grootschalig verpleeghuis

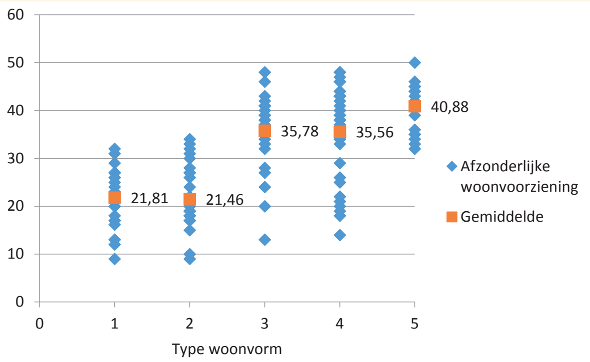
Type 2 = pg-unit in verzorgingshuis

Type 3 = kleinschalige woonvoorziening voor meer dan 36 bewoners met dementie

Type 4 = kleinschalige woonvoorziening voor minder dan 36 bewoners waar ook andere zorg wordt geboden

Type 5 = kleinschalige woonvoorziening voor minder dan 36 bewoners zonder andere zorg

Diagram 1b: Score op Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod weergegeven per type woonvorm in de tweede meetronde(MWD2).



Type 1 = grootschalig verpleeghuis

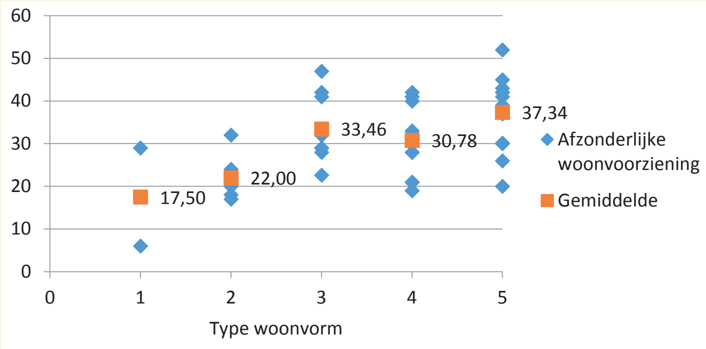
Type 2 = pg-unit in verzorgingshuis

Type 3 = kleinschalige woonvoorziening voor meer dan 36 bewoners met dementie

Type 4 = kleinschalige woonvoorziening voor minder dan 36 bewoners waar ook andere zorg wordt geboden

Type 5 = kleinschalige woonvoorziening voor minder dan 36 bewoners zonder andere zorg

Diagram 1c: Score op Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod weergegeven per type woonvorm in de derde meetronde (MWD3).



Type 1 = grootschalig verpleeghuis

Type 2 = pg-unit in verzorgingshuis

Type 3 = kleinschalige woonvoorziening voor meer dan 36 bewoners met dementie

Type 4 = kleinschalige woonvoorziening voor minder dan 36 bewoners waar ook andere zorg wordt geboden

Type 5 = kleinschalige woonvoorziening voor minder dan 36 bewoners zonder andere zorg

Tabel 1.1: Veranderingen in gemiddelde score op kleinschalige zorgkenmerken tussen alle woonvoorzieningen die aan de Monitor meededen.

Kenmerk	**Alle woonvoorzieningen**			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Score op kleinschalig zorgaanbod Schaal: 0-56	30.6	31.4	31.8	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Geen verandering in de eenduidigheid van de zorgvisie

Verwachting

Een van de tien succesfactoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie[3] is 'Een visie als leidraad voor praktijk en beleid'. Een duidelijke visie kan goede zorg bevorderen, mits die visie echt leeft binnen de woonvoorziening en medewerkers concrete aanknopingspunten biedt zodat zij weten hoe zij in bepaalde situaties dienen te handelen. Wanneer er een duidelijke visie was, zaten medewerkers van een woonvoorziening meer op één lijn over wat goede zorg was en hadden zij hierover minder meningsverschillen, zo bleek uit de studie naar succesfactoren van de Monitor. Aangezien er geen geschikte meetinstrumenten voorhanden waren, heeft

trends

het Trimbos-instituut zelf een meetinstrument ontwikkeld dat de eenduidigheid van de visie onder verzorgend personeel in kaart brengt (zie bijlage 2). Dit meetinstrument is in meetronde twee en drie van de Monitor gebruikt. Aan verzorgenden werden thema's voorgelegd die belangrijk zijn in een visie op zorg, met daarbij de vraag of hierover binnen hun team onduidelijkheden bestonden (zie kader).

Kenmerken 'Eenduidige zorgvisie'
1. Een huiselijke omgeving voor de bewoners.
2. Keuzevrijheid voor de bewoners.
3. Respectvol omgaan met de bewoners.
4. Persoonlijke aandacht voor de bewoners.
5. Inspelen op individuele wensen van bewoners.
6. Meegaan in het dagritme van individuele bewoners.
7. Communicatie met de familie.

trends

Naar aanleiding van de eerder in de Monitor Woonvormen Dementie gevonden succesfactoren heeft brancheorganisatie Actiz gezegd ontwikkeling en verspreiding van een zorgvisie als eerste belangrijke stap te beschouwen bij invoering van kleinschalige zorg[5]. Omdat nog altijd veel organisaties nieuwe kleinschalige woonvormen openen of via reorganisaties hun zorgaanbod kleinschaliger maken, schept dit kansen voor een duidelijkere en eenduidigere zorgvisie binnen woonvoorzieningen. Op basis hiervan hadden we de verwachting dat de zorgvisie in de beleving van het verzorgend personeel in de toekomst eenduidiger zou zijn.

Resultaten

De eenduidigheid van de visie is voor het eerst in kaart gebracht in de tweede meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie (2010/11). Over de periode 2010-2014 zien we, in tegenstelling tot de verwachting, geen significante verandering in die eenduidigheid (zie tabel 1.3). Dit betekent dat de mate waarin verzorgenden het oneens zijn over wat goede zorg is en hoe deze zou moeten worden geboden, niet is veranderd. Als we naar de specifieke thema's in de zorgvisie kijken, zien we dat er in de beleving van de verzorgenden weinig onduidelijkheden binnen hun team zijn als het gaat om het creëren van een huiselijke sfeer en het respectvol omgaan met bewoners. Aanzienlijk vaker constateren verzorgenden uiteenlopende opvattingen binnen het team over het respecteren van (oude) gewoonten en gebruiken van bewoners en het meegaan in het dagritme van individuele bewoners.

Reflectie

De gevonden resultaten op het punt van eenduidigheid in zorgvisie komen niet overeen met onze verwachtingen. De mate van eenduidigheid die verzorgenden op verschil-

lende aspecten van goede zorg ervaren, is onveranderd. De ruimte voor verbetering die er is lijkt vooral te liggen in het individueel afstemmen van de zorg op gebruiken en behoeften van bewoners. Blijkbaar is het minder vanzelfsprekend dat teams op dit vlak op één lijn zitten en vraagt dit extra aandacht. Het ligt voor de hand dat goede communicatie binnen een team hiervoor van groot belang is.

Geen verandering in transformationeel leiderschap

Verwachting

In de verdiepende studie van de Monitor Woonvormen Dementie bleek 'een leidinggevende die steunt en stuurt' een factor te zijn die bijdroeg aan het succes van een woonvoorziening voor mensen met dementie[3]. Een leidinggevende draagt bij aan het succes van de woonvoorziening wanneer hij onder andere een balans kan vinden tussen steunen, sturen en ruimte geven, kaders kan scheppen en een rolmodel kan zijn. De manier van leidinggeven die succesvol bleek, had veel raakvlakken met zogeheten 'transformationeel' leiderschap. Een transformationeel leider is een rolmodel dat de visie uitdraagt waar de organisatie voor staat, een leider ook die zijn medewerkers ondersteunt door hen te coachen en hun tegelijkertijd ruimte geeft voor eigen ideeën en creativiteit. Een transformationeel leider inspireert zijn medewerkers door enerzijds te tonen hoge verwachtingen van hen te hebben en anderzijds persoonlijke ondersteuning te bieden. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld een 'transactionele' leiderschapsstijl die meer gericht is op de taak die uitgevoerd dient te worden en die in de praktijk goed aansluit bij werk dat routinematig van aard is.

In het veld zien we in navolging van het model van Buurtzorg steeds meer teams die zelfsturend of zelf organiserend gaan werken. Het gevolg hiervan is veel organisaties een complete laag direct leidinggevenden schrappen en daardoor komen de overblijvende leidinggevenden vaak meer op afstand te staan. Van verzorgenden wordt verwacht dat zij veel zaken zelf organiseren en meer verantwoordelijkheid dragen; aanvullend zijn dan coaches beschikbaar om teams waar nodig te ondersteunen. De in de tweede meetronde geconstateerde ontwikkeling dat de inzet van leidinggevenden in de periode 2008-2011 was afgenomen, hangt mogelijk ook samen met dit verschijnsel. Gezien de ontwikkeling richting zelfsturende teams zou men verwachten dat de overgebleven leidinggevenden zich vaker een meer transformationele manier van leidinggeven zouden aanmeten.

Resultaten

De mate waarin leidinggevenden in de beleving van verzorgenden transformationeel (coachend, inspirerend, visionair) opereren, is in de periode 2010/11 tot 2013/14 niet veranderd (zie tabel 1.2.).

Reflectie

Uit de resultaten blijkt in tegenstelling tot de verwachting niet dat transformationeel leiderschap meer voorkomt. Mogelijk is het nog te vroeg om hierin veranderingen te zien: veel organisaties zijn net overgegaan naar meer zelfsturende teams of zijn hiermee nog volop bezig. Ook is het de vraag of de huidige generatie team- of zorgmanagers in voldoende mate over de competenties beschikt die nodig zijn voor een meer transformationele leiderschapsstijl. Slagen zij erin om een nieuwe balans te vinden tussen steunen en sturen en om binnen een meer coachende rol teams de ruimte te geven? Mogelijk is er ook een risico dat de afstand van de leidinggevende tot de praktijk te groot wordt, waardoor het lastig is om bij de medewerkers aan te sluiten. Een volgende meetronde kan hierover mogelijk uitsluitsel geven.

Tabel 1.2: Veranderingen in gemiddelde score op eenduidigheid van visie en transformationeel leiderschap in de beleving van verzorgenden tussen alle woonvoorzieningen die aan MWD2 (n = 132) en/of MWD3 (n = 39) meededen.

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Score op eenduidigheid visie *Schaal: 1-5*	-	3.4	3.5	
Score op transformationeel leiderschap *Schaal: 1-5*	-	3.2	3.3	

Δ : verandering door de tijd

▲ : significante toename

▼ : significante afname

- : niet gemeten in de eerste meetronde

2 Trends in kenmerken en zorgzwaarte van bewoners

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
• Een afname in ZZP4, een toename in ZZP5, en geen verandering in ZZP7 of overige zorgzwaartepakketten.	• Afname van aantal bewoners met ZZP4, toename in aantal bewoners met ZZP5, geen verandering in aantal bewoners met ZZP7 of overig.
• Een toename van beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en van probleemgedrag bij bewoners.	• Een afname in ADL-afhankelijkheid. De mate waarin bewoners probleemgedrag vertonen is onveranderd.

Afname van bewoners met ZZP4 en toename van bewoners met ZZP5; geen verandering in aantal bewoners met ZZP7 of overig

Verwachting

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft mensen die zorg nodig hebben sinds juli 2007 een indicatie in de vorm van een zorgzwaartepakket (ZZP). Dit ZZP staat voor de zorgbehoefte die iemand heeft. In de sector Verzorging, Verpleging en Thuiszorg variëren de zorgzwaartepakketten van 1 tot 10. Mensen met matige tot ernstige dementie hebben doorgaans een ZZP4 (beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging), een ZZP5 (beschermd wonen met intensieve dementiezorg) of een ZZP7 (beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding).

Aanvankelijk werden de zorgzwaartepakketten gebruikt om de individuele zorgbehoefte te bepalen. Vanaf januari 2010 vormen de ZZP's echter de basis voor de bekostiging van de zorg. Aan ieder ZZP is een dagtarief gekoppeld waarop de zorginstelling die de geïndiceerde zorg levert, recht heeft. Kortom, hoe hoger het zorgzwaartepakket, hoe meer zorg iemand nodig heeft en hoe hoger het dagtarief dat de instelling krijgt. Vanuit het veld horen we geluiden dat woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie niet rond kunnen komen als er (veel) bewoners met een ZZP4 wonen. Sommige voorzieningen nemen daarom geen of minder bewoners met een ZZP4 aan.

De afgelopen jaren zijn de ziektekosten flink gestegen en is voortzetting van het huidige zorgstelsel niet haalbaar gebleken. Hervormingen zijn nodig om de langdurige zorg te kunnen blijven financieren. Het kabinet voert daarom met ingang van 1 januari 2015 de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) in. Deze wet vervangt de huidige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het uitgangspunt is dat men zo lang mogelijk thuis blijft wonen met goede voorzieningen dicht in de buurt zoals dagopvang, huis-

houdelijke hulp en ondersteuning door mantelzorgers. Pas wanneer het ondanks deze voorzieningen thuis niet meer gaat, is het in de toekomst mogelijk een plek te krijgen in een woonvoorziening waar verpleeghuiszorg wordt geboden. Vooral mensen met dementie die een ZZP4 hebben, komen in de toekomst in steeds beperktere mate in aanmerking voor een intramurale plek. Dit geldt niet alleen voor woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden, maar ook voor verzorgingshuizen[6]. Omdat de Wlz op het moment van de derde meetronde nog niet van kracht was, speelt deze ontwikkeling in de huidige uitkomsten nog geen rol. Voor deze meetronde verwachtten wij een afname in ZZP4 (omdat het aannemen van bewoners met zo'n zorgzwaartepakket financieel gezien minder aantrekkelijk is voor een woonvoorziening); de andere kant van deze medaille is een toename in bewoners met ZZP5.

trends

Resultaten

Tabel 2.1 laat zien dat in 2014 bewoners minder vaak een indicatie ZZP4 hadden en vaker een indicatie ZZP5 dan in 2008. De afname van het aandeel ZZP4-indicaties heeft zich met name voorgedaan in de periode 2008-2011. Wat betreft bewoners met een ZZP7 zagen we van 2008 tot 2011 een afname en van 2011 tot 2014 een toename, waarbij het aantal in 2014 weer op het niveau van 2008 is gekomen. Over de gehele periode 2008-2014 is er dus geen significante verandering zichtbaar als het gaat om ZZP7. Ook is er geen verandering te zien in het percentage bewoners met overige ZZP's (ZZP 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, waarbij over het algemeen somatische aandoeningen op de voorgrond staan).

Reflectie

De afname in het aantal bewoners met een ZZP4 en de toename in ZZP5 komt overeen met onze verwachting. Dat de grootste verandering in 2010 heeft plaatsgevonden is begrijpelijk, omdat woonvoorzieningen vanaf dat jaar niet meer standaard een bedrag per bed kregen uitbetaald, maar werden bekostigd op basis van de zorgzwaarte van de bewoners.

Gelet op de invoering van de nieuwe Wet langdurige zorg is de verwachting dat deze trend verder doorzet en dat personen met een ZZP4 steeds minder in een woonvoorziening voor mensen met dementie terecht zullen kunnen. Om tegemoet te komen aan zorgen vanuit het veld dat iemand met een ZZP4 ook geen plek meer zal kunnen krijgen in een verzorgingshuis, heeft het kabinet wel extra middelen (oplopende tot 70 miljoen euro) ter beschikking gesteld om te zorgen dat er plekken voor ZZP4 behouden blijven. Dit betekent dat ongeveer een kwart van de mensen met een ZZP4 terecht zal kunnen in een woonvoorziening.

Ook dat het aandeel bewoners met ZZP7 over de periode 2008-2014 gelijk is gebleven, komt overeen met onze verwachting. Wel is het opvallend dat er eerst een afname zichtbaar was (2008-2011) en vervolgens weer een toename (2011-2014). Mogelijk

heeft dit te maken met het feit dat zorgorganisaties vanaf oktober 2011 bewoners van tachtig jaar of ouder zelf kunnen indiceren en dat het CIZ die zonder beoordeling omzet in een indicatiebesluit. Dit in tegenstelling tot de situatie vóór die tijd, toen het CIZ alle indicaties zelf behandelde en pas na beoordeling tot een indicatiebesluit overging. Vanuit het veld waren voordien weleens geluiden te horen dat het CIZ te terughoudend was met het uitgeven van ZZP7-indicaties. Dat het CIZ mogelijk minder snel geneigd is een ZZP7 te indiceren dan zorgaanbieders zelf, blijkt ook uit een rapport van het CIZ[7].

Afname van beperkingen bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL); geen verandering in frequentie van probleemgedrag

Verwachting

De hervormingen in de langdurige zorg zijn weliswaar nodig om deze zorg financieel haalbaar te houden, maar sluiten ook aan bij de steeds vaker voorkomende wens van ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Dit heeft zijn weerslag op de mate waarin gebruik wordt gemaakt van verpleeg- of verzorgingshuiszorg. Het percentage ouderen dat hier verblijft neemt al jaren af, terwijl het aantal ouderen absoluut gezien toeneemt[8]. Deze ontwikkeling sluit aan bij de visie van de overheid dat mensen die zorg nodig hebben, deze zo lang mogelijk thuis moeten ontvangen, daarbij ondersteund door hun eigen omgeving[9,10]. De afgelopen jaren zijn er ook extra inspanningen gedaan om dit mogelijk te maken. Denk aan de landelijke invoering van casemanagement voor mensen met dementie tussen 2008 en 2011[11]. Casemanagers ondersteunen de persoon met dementie en zijn familie bij het vinden van passende professionele zorg thuis en begeleiden hen in het omgaan met de ziekte.

Op basis van het bovenstaande is te verwachten dat mensen steeds later in hun ziekteproces gebruik zullen maken van verpleeghuiszorg. Dit zou zich kunnen uiten in een toename van hulpbehoevendheid in de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) en in meer probleemgedrag bij mensen die uiteindelijk toch de stap naar een woonzorgvoorziening zetten.

Resultaten

Tabel 2.1 laat zien dat de mate waarin bewoners ADL-afhankelijk zijn significant is afgenomen in de periode 2008-2014. Overigens heeft de gemiddelde bewoner nog steeds hulp nodig bij praktisch alle domeinen van de ADL, zoals wassen, aankleden, wc-bezoek, mobiliteit en voeding. De frequentie van probleemgedrag is niet significant veranderd.

Reflectie

In 2013/14 zijn bewoners met dementie, in tegenstelling tot de verwachting, gemiddeld iets minder hulpbehoevend wat betreft ADL dan in 2008/09. Ook de verwachte

trends

toename van probleemgedrag blijft uit. Dit is opvallend aangezien er in deze periode minder lagere ZZP's voor mensen met dementie (ZZP4) zijn afgegeven en meer hogere (ZZP5). De afname in ADL-beperkingen is overigens wel significant, maar toch slechts zeer gering: een tiende punt op een schaal van acht.

De geringe afname in ADL-afhankelijkheid en het ontbreken van een toename in probleemgedrag kan ten eerste een gevolg zijn van de veranderende visie op zorg voor mensen met dementie. Er is steeds meer aandacht voor persoonsgerichte zorg. Daarbij zijn belangrijke aandachtspunten het stimuleren van het behoud van eigen regie, meer rekening houden met wat de persoon met dementie nog zelf kan en meer de behoeften van mensen met dementie centraal stellen.

Een persoonsgerichtere benadering van mensen met dementie zou ook de verklaring kunnen zijn dat er minder ADL-afhankelijkheid wordt geobserveerd. In de vorige meetronde van de Monitor bleek al 1 dat meer persoonsgerichte zorg onder meer samenhangt met minder ADL-afhankelijkheid van bewoners en met minder probleemgedrag. Als mensen meer op een persoonsgerichte manier benaderd worden, functioneren zij mogelijk beter. Maar het kan ook zo zijn dat verzorgenden met een persoonsgerichtere houding ten opzichte van mensen met dementie meer oog hebben voor hun mogelijkheden en daardoor de beperkingen van de bewoners anders inschatten. Als we alvast vooruitkijken naar de bevindingen in het hoofdstuk 'Trends in de kwaliteit van zorg', zien we dat de persoonsgerichte houding van verzorgenden in de periode 2008-2014 is toegenomen.

Ten slotte hangen beide bevindingen mogelijk samen met het feit dat mensen met dementie, in tegenstelling tot ouderen in het algemeen, op dit moment misschien wel eerder dan later in een zorginstelling worden opgenomen. Dit wordt althans gesuggereerd door cijfers van de NZa en TNO die in opdracht van Alzheimer Nederland zijn gecombineerd[12]. Uit deze cijfers blijkt dat het aantal mensen met dementie dat in zorginstellingen is opgenomen sinds 2011 sterker groeit dan het aantal mensen met dementie. Alzheimer Nederland maakt zich zorgen over de achterliggende oorzaken hiervan en stelt de vraag of de ondersteuning in de thuissituatie van mensen met dementie en hun mantelzorgers niet tekortschiet. Nader onderzoek kan helpen om de gevonden resultaten beter te duiden en zo zicht te krijgen op de invloed van zorg en begeleiding op het functioneren van mensen met dementie en op het vermogen van mantelzorgers om thuis voor hun naaste met dementie te zorgen.

Tabel 2.1: **Veranderingen door de tijd in zorgzwaarte van bewoners van de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n = 132), MWD2 (n = 139) en MWD3 (n = 47).**

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Achtergrondkenmerken				
Leeftijd	83.4	84.1	84.1	
% vrouwen	76.4	75.9	76.2	
Zorgzwaarte				
% ZZP4	8.5	3.5	2.8	↓
% ZZP5	67.2	76.9	72.4	↑
% ZZP7	18.8	14.5	21.7	
% ZZP overig	5.3	5.0	3.1	
Probleemgedrag *Schaal: 0-36*	11.1	11.5	11.2	
ADL afhankelijkheid *Schaal: 0-7*	5.4	5.2	5.3	↓

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

trends

3 Trends in de personele bezetting

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
• De kenmerken van medewerkers zijn gelijk gebleven.	• Afname van het aandeel mannelijke medewerkers; gemiddelde leeftijd en afkomst zijn niet veranderd.
• De dagelijkse directe zorg is toegenomen en de inzet van ondersteunende diensten is afgenomen.	• Inzet van dagelijkse directe zorg is onveranderd; die van ondersteunende diensten is afgenomen.
• Geen verandering in de inzet van behandeldiensten.	• Geen verandering in de formatie van behandeldiensten.
• Afname in de inzet van leidinggevenden.	• Afname in de inzet van leidinggevenden.

Afname van het aandeel mannelijke medewerkers; gemiddelde leeftijd en afkomst zijn niet veranderd

Verwachting

In de jaren 2008 tot en met 2014 hebben zich geen opvallende ontwikkelingen voorgedaan in het arbeidsmarktbeleid van de zorgsector. Wij verwachtten dan ook geen veranderingen in de kenmerken van zorgmedewerkers.

Resultaten

Tabel 3.1 laat zien dat het aandeel mannen in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie in de periode 2008-2014 is verminderd. In het percentage medewerkers met een niet-Nederlandse afkomst zien we ook een afname, deze is echter niet significant. De gemiddelde leeftijd van de medewerkers in de dagelijkse directe zorg is niet veranderd.

Reflectie

Hoewel de gemiddelde leeftijd van zorgmedewerkers hetzelfde is gebleven, stroken de bevindingen van het kleiner aandeel mannen en een tendens richting minder medewerkers met een niet-Nederlandse afkomst niet met onze verwachtingen. De toename van het aantal vrouwen in de zorg voor mensen met dementie en de afname van zorgmedewerkers uit andere culturen lijkt zich met name te hebben voorgedaan in de periode 2008-2011. Als we het huidige percentage vrouwen vergelijken met 2011, zien we dat dit zo goed als gelijk is gebleven. Wat de toename van het percentage vrouwen tussen 2008 en 2011 heeft veroorzaakt is onduidelijk. Omdat de zorg toch al zo'n vrouwensector is en het aantal mannen alleen maar verder lijkt af te nemen, verdienen inspanningen om meer mannen voor het vak te interesseren aanbeveling.
In de publicatie van de vorige meetronde van de Monitor stelden wij dat de tendens naar

minder medewerkers met een niet-Nederlandse afkomst over een aantal jaren ook weer verdwenen zou kunnen zijn. Dit gezien het krapper worden van de arbeidsmarkt en de eerdere inspanningen van o.a. brancheorganisatie Actiz[13] en vakbond Abvakabo FNV[14] om meer diversiteit in de zorg te bevorderen. Gezien de hervormingen die momenteel gaande zijn in de langdurige zorg is echter het tegenovergestelde het geval. Tot 2016 is er dan ook eerder een overschot dan een tekort aan medewerkers in de zorg te verwachten[15].

De inzet van dagelijkse directe zorg inzet is onveranderd; die van ondersteunende diensten is afgenomen

Verwachting

De afgelopen jaren is de aandacht voor kleinschalige zorg verder toegenomen, al blijkt uit het eerste trendhoofdstuk dat dit zich niet vertaalt in een sterke toename van de kenmerken van kleinschalige zorg. Wel zagen we in de tweede meetronde dat de maaltijden vaker in de huiskamers van de woningen worden bereid. Dit betekent dat verzorgend personeel vaker een integraal takenpakket heeft: zij nemen naast zorgtaken ook meer huishoudelijke taken op zich, zoals koken, wassen en schoonmaken. Dit maakt ondersteunende diensten zoals de centrale keuken of de linnenkamer in toenemende mate overbodig. Daarnaast hebben organisaties de afgelopen jaren gekeken hoe zij efficiënter kunnen werken en hun begroting sluitend kunnen krijgen zonder te hoeven bezuinigen op het primaire zorgproces. Bezuinigen op ondersteunende diensten is dan een mogelijke oplossing. Ten slotte was bij de kabinetsformatie van het vorige kabinet (Rutte I) afgesproken extra financiële middelen ter beschikking te stellen voor 'meer handen aan het bed' in de ouderenzorg[16]. De verwachting was daarom dat we een afname zouden zien van de inzet van ondersteunende diensten en een toename van die van verzorgend personeel.

Resultaten

Tabel 3.1 laat zien dat woonvoorzieningen in alle meetronden gemiddeld iets meer dan 22 uur per bewoner per week aan directe zorg inzetten. Er zijn dus geen significante veranderingen in de omvang van het verzorgend personeel. Ter verdieping is tevens gekeken naar het opleidingsniveau van verzorgenden. Hierin zijn wel verschillen gevonden, maar deze zijn niet significant: in de eerste meetronde maakten zorgmedewerkers met opleidingsniveau 3 of hoger iets meer dan 60% van de personeelsbezetting uit, in de derde meetronde was dit ongeveer 70%. De bevindingen voor de ondersteunende diensten laten wel een verandering zien: per 100 bewoners zijn deze diensten afgenomen van 7.85 fte in 2008/09 naar 5.87 fte in 2013/14.

Reflectie
De resultaten voor de ondersteunende diensten komen overeen met onze verwachtingen, die voor de dagelijks directe zorg niet. Er lijkt dus niet een verschuiving van ondersteunende diensten naar de dagelijkse directe zorg plaats te vinden. Ook het extra geld voor 'meer handen aan het bed' zien wij in de derde meetronde niet tot uitdrukking komen in een toename van de zorg die bewoners dagelijks krijgen.

De geringere inzet van ondersteunende diensten is mogelijk inderdaad het gevolg van de wens in de zorgsector om efficiënter te werken. Maar het kan ook zijn dat hier sprake is van een na-ijleffect: mogelijk hebben woonvoorzieningen bij de overgang naar meer kleinschalige zorg de formatie van de dagelijkse zorg al opgehoogd, maar waren er nog te veel doorlopende contracten bij de ondersteunende diensten om deze meteen te kunnen afbouwen. En mogelijk waren de ondersteunende diensten de eerste jaren ook nog nodig omdat men ervoor gekozen had gefaseerd over te gaan naar zelf koken en wassen. Ten slotte klinkt vanuit de praktijk het geluid dat woonvoorzieningen bij een overgang naar integraler werken niet altijd meteen duidelijke keuzes maken. Zo zijn er voorbeelden van woonvoorzieningen waar besloten werd in een gedeelte van de locatie verzorgenden zelf te laten koken, maar ook voorlopig de centrale keuken in stand te houden om het andere gedeelte van de locatie te kunnen blijven bedienen.

Geen verandering in de formatie van behandeldiensten

Verwachting

De filosofie achter kleinschalig wonen is dat de zorg zoveel mogelijk 'zoals thuis' wordt georganiseerd, ook als het gaat om de behandeldiensten. Deze zijn in het ideaaltypische kleinschalige wonen niet meer standaard in huis, maar worden ingeschakeld op het moment dat er behoefte aan is. Behandeldiensten krijgen meer een coachende rol om het verzorgende team te ondersteunen. Omdat geluiden uit het veld de indruk wekten dat behandelaars vaak toch niet op deze nieuwe manier werden ingezet, was onze verwachting dat de formatie van de behandeldiensten niet zou veranderen.

Resultaten

In tabel 3.1 is te zien dat in de inzet van behandeldiensten geen veranderingen hebben plaatsgevonden tussen de eerste en de derde meting van de Monitor. In 2008/09 en in 2013/14 bedroeg de inzet van behandelaars per 100 bewoners tussen de 3 en 4 fte. Ook als we kijken naar de soort behandeldienst, zien we geen veranderingen. Het aantal paramedici, psychologen en artsen is bijvoorbeeld niet significant veranderd de afgelopen jaren.

Reflectie
Het feit dat de inzet van behandeldiensten over de drie meetronden gelijk is gebleven, strookt met de verwachting. Een verklaring kan zijn dat de nieuwe rol van de behandelaars nog niet breed is ingevoerd of dat deze in de praktijk lastig blijkt te realiseren. Ook is het mogelijk dat het naar behoefte en op coachende wijze inzetten van behandeldiensten uiteindelijk niet leidt tot minder behandelaars en dat het vooral om een andere manier van werken gaat. Ten slotte kan deze uitkomst samenhangen met het feit dat we geen toename van kleinschalige zorgkenmerken hebben gevonden (zie het eerste hoofdstuk van dit deel).

Afname in de inzet van leidinggevenden

Verwachting

Een goede leidinggevende die steunt en stuurt is belangrijk voor goede zorg, zo bleek uit ons onderzoek naar succesfactoren in de zorg voor mensen met dementie[3]. De afgelopen jaren zien we echter juist steeds vaker dat managementlagen uit organisaties geschrapt worden. Hiervoor zijn twee redenen: bezuinigingen en een toename van zelfsturende teams. In deze constructie sturen leidinggevenden vanaf een hoger niveau de teams aan en is er ruimte voor de teams om zelfstandig dingen te regelen. De verwachting was dat met de het schrappen van deze managementlagen de formatie van leidinggevenden zou afnemen.

Resultaten

Van 2008 tot 2014 is de formatie van leidinggevenden die de zorg direct of indirect aansturen – denk hierbij aan teamleiders, zorgmanagers of locatiemanagers (zie tabel 3.1) – verminderd. Deze afname is al tussen 2008 en 2011 begonnen en heeft zich verder doorgezet tussen 2011 en 2014.

Reflectie
De afname van het aantal leidinggevenden is in overeenstemming met de verwachting. Zoals hierboven al beschreven is een mogelijke verklaring dat organisaties managementlagen wegbezuinigen en teams steeds vaker zelfsturend gaan werken. Ook zijn er steeds meer stichtingen die van locatiemanagers of directeuren overgaan naar regiomanagers. Dat betekent dat één manager dan meerdere locaties onder zijn hoede krijgt in plaats van één.

Net als het verminderen van het aantal ondersteunende diensten kan beperking van de formatie van leidinggevenden een manier zijn om te bezuinigen zonder te hoeven korten op het primaire zorgproces. Dat roept dan wel de vraag op of, gezien het gelijk blijven van de beschikbare budgetten de afgelopen jaren, een lagere inzet van ondersteunende diensten en leidinggevenden niet gepaard had moeten gaan met meer

verzorgenden in de dagelijkse zorg. Sterker nog: op basis van het regeerakkoord van het vorige kabinet is er zelfs meer geld beschikbaar gesteld voor ‘handen aan het bed’ in de ouderenzorg. Maar misschien zijn deze middelen daaraan niet besteed: vakbond Abvokabo FNV suggereerde op basis van een peiling onder leden in januari 2013 dat het extra geld eerder naar leidinggevenden, managementcursussen en softwarepakketten was gegaan[17]. Later in 2013 berichtte staatssecretaris Van Rijn op basis van gegevens van de zorgkantoren echter dat de gelden wel degelijk goed besteed waren en dat waar dit niet het geval was het zorgkantoor het geld zou terugvorderen. In de steekproef van de Monitor zien we zowel de door de vakbond gesuggereerde toename van leidinggevenden als de door de zorgkantoren geponeerde stijging van het aantal zorgmedewerkers niet terug.

Een andere mogelijke reden dat we geen toename zien van de dagelijks directe zorg, is dat zorgorganisaties door te korten op leidinggevenden en ondersteunende diensten al aan het anticiperen zijn op de beleidsveranderingen die op de langdurige zorg af gaan komen. Verder kan het zijn dat de personeelssterkte van de woonvoorzieningen al boven de formatie lag en dat deze door te bezuinigen op ondersteunende diensten en leidinggevenden nu beter past bij het beschikbare budget. Nadere informatie is nodig om hierop meer zicht te krijgen. En dat geldt ook voor de vraag of er een ideale verhouding bestaat tussen de verschillende diensten en wat deze dan is.

In het eerste hoofdstuk van dit deel stelden wij al vast dat korten op het aantal leidinggevenden en die op grotere afstand van de teams laten werken ook een risico met zich mee kan brengen, omdat de aanwezigheid van een leidinggevende die steunt en stuurt in eerder onderzoek van de Monitor een belangrijke succesfactor is gebleken voor goede zorg. Nader onderzoek is nodig om een beter beeld te krijgen van de keuzes die zorgorganisaties hierin maken en welke effecten dit heeft op de kwaliteit van de zorg en het welbevinden van medewerkers.

Tabel 3.1: **Veranderingen in personele bezetting door de tijd bij de deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n = 113 - 135), MWD2 (n = 133 - 143) en MWD3 (n = 39 - 47).**

Kenmerk	**Alle woonvoorzieningen**			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Achtergrondkenmerken medewerkers in de dagelijkse directe zorg				
Leeftijd	43.0	43.2	40.9	
% vrouwen	91.7	96.2	96.0	▲
% niet Nederlandse afkomst	13.4	10.5	9.4	
Personele bezetting: dagelijkse directe zorg				
Dagelijkse directe zorginzet – aantal uur per week per bewoner	22.6	22.4	21.5	
Dagelijkse directe zorginzet excl. nachtdienst – aantal uur per week per bewoner	20.2	20.2	19.2	
% dagelijks directe zorginzet niveau 3 en hoger	62.8	63.7	70.8	
Personele bezetting: overige diensten – fte per bewoner				
Ondersteunende diensten	0.078	0.062	0.059	▼
Behandeldiensten	0.039	0.036	0.034	
Leidinggevenden	0.040	0.036	0.028	▼

Δ : verandering door de tijd

▲ : significante toename

▼ : significante afname

4 Trends in domoticagebruik

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
• Het gebruik van domotica voor nachtsignalering blijft gelijk; de toepassing van domotica ter vergroting van de leefruimte neemt toe.	• Het gebruik van beide typen domotica blijft gelijk

De toepassing van domotica voor nachtsignalering blijft gelijk; geen verandering in het gebruik van domotica om de leefruimte uit te breiden

Verwachting

De laatste decennia hebben veel vernieuwingen plaatsgevonden op het gebied van thuistechnologie voor de zorg (domotica). Deze technologische hulpmiddelen kunnen het zorgproces ondersteunen en extra toezicht bieden. We onderscheiden in de Monitor Woonvormen Dementie twee soorten domotica: domotica voor nachtsignalering en domotica om de leefruimte van bewoners te vergroten.

Domotica voor nachtsignalering (opsta-alarmering, infraroodbewegingsmelders, uitluistersystemen, etc.) wordt in zorgvoorzieningen op grote schaal gebruikt. Deze toepassingen zijn erop gericht een veilige omgeving te creëren voor mensen met dementie op een manier die hun zo min mogelijk beperkingen oplegt. Dergelijke domoticatoepassingen worden bijvoorbeeld ingezet bij bewoners die 's nachts zelf het toilet niet kunnen vinden of die een verhoogd risico lopen om te vallen.

Domotica ter vergroting van de leefruimte zorgt ervoor dat bewoners zich vrijer kunnen bewegen. Een voorbeeld is een chip in de schoen waardoor bewoners voor wie dit verantwoord is van een gesloten afdeling af kunnen (doordat voor hen de deur die voor anderen gesloten blijft, automatisch opengaat). Een ander voorbeeld is een gps-apparaat waardoor iemand zelfstandig een wandeling buiten het terrein van de zorginstelling kan maken.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateerde in 2009 dat domotica in de langdurige zorg weliswaar veel wordt gebruikt, maar dat dit middel nog niet ten volle wordt benut[18]. Nachtsignalering is echter al jaren ingeburgerd en het was dan ook de vraag of de toepassing hiervan nog zou toenemen. Wel verwachtten we dat woonvoorzieningen meer gebruik zouden maken van domotica om de leefruimte uit te breiden. Enerzijds omdat dit soort technologie veel meer beschikbaar is, anderzijds omdat er een brede campagne is gevoerd om vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen en uitbreiding van de leefruimte bij mensen met dwaalgedrag een goed

alternatief zou kunnen zijn voor meer beperkende maatregelen. Nog een reden om een stijging te verwachten was dat bij nieuwbouw van woonvoorzieningen voor mensen met dementie domotica dikwijls al wordt ingebouwd.

Resultaten

In tabel 4.1 is het domoticagebruik in woonvoorzieningen weergegeven, uitgesplitst naar domotica voor nachtsignalering en domotica om de leefruimte te vergroten. Het gemiddelde aantal toepassingen dat in een woonvoorziening beschikbaar is, is in 2014 niet veranderd ten opzichte van 2011 en 2008. Dat geldt zowel voor nachtsignaleringssystemen als voor toepassingen voor uitbreiding van de leefruimte. De woonvoorzieningen blijken voor ongeveer de helft van de bewoners nachtsignaleringssystemen te gebruiken; meestal gaat het hierbij om infraroodbewegingsmelders. Meer dan 80% van de deelnemende woonvoorzieningen maakt gebruik van deze toepassing, gemiddeld bij iets minder dan eenderde van de bewoners. Domotica om de leefruimte uit te breiden wordt slechts bij één op de vijftig bewoners ingezet. Opvallend is dat het gebruik van gps-apparaten voorzichtig lijkt toe te nemen.

Reflectie

Dat het gebruik van nachtsignalering niet is toegenomen komt overeen met onze verwachting. Dit type domotica wordt al veelvuldig gebruikt en het is de vraag of een verdere toename wenselijk is. Zeker omdat toepassing van dit type domotica als een inperking van de vrijheid van de betrokkene kan worden gezien en het gebruik ervan dan ook weloverwogen dient plaats te vinden.

Gezien ervaringen van Vilans en een aantal organisaties in het veld[19] lijkt het echter wel wenselijk om met nieuwe, meer geavanceerde vormen van domotica te gaan werken. Dit omdat de traditionele systemen vaak te gevoelig zijn en daardoor valse meldingen kunnen geven. Ook kunnen de bestaande systemen niet slim worden ingesteld zoals de nieuwere. Met nieuwere vormen van domotica is het bijvoorbeeld ook mogelijk pas een melding te krijgen als een bewoner na vijftien minuten nog niet terug is in bed. De verwachting is dat deze geavanceerdere systemen minder werkdruk met zich mee zullen brengen doordat zij minder valse meldingen geven, een efficiëntere inrichting van de nachtdienst mogelijk maken zonder verlies van kwaliteit van zorg en tot een lager gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen leiden. In de woonvoorzieningen die aan de Monitor deelnamen, werd overigens nog geen gebruikgemaakt van dit soort nieuwe systemen.

Dat de toepassing van domotica voor de vergroting van de leefruimte achterblijft bij de verwachting, kan wellicht samenhangen met het feit dat zorgprofessionals moeite lijken te hebben met de inzet van domotica in het algemeen[18]. Ook constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat medewerkers zelden bij de aanschaf van domotica worden betrokken, hoewel hun inzet en betrokkenheid van doorslaggevend belang

zijn voor succesvolle invoering en toepassing ervan[18]. Een andere mogelijke verklaring is dat er in opleidingen nog weinig aandacht wordt besteed aan domotica, terwijl de toepassing hiervan wel een andere houding van de zorgverlener vraagt (leren afstand nemen van de bewoner en vertrouwen op de technologie). Beide factoren kunnen zowel het gebruik als het inpassen van domotica in het zorgproces bemoeilijken. Ten slotte kunnen ook de met de aanschaf van deze technologie gepaard gaande kosten of de benodigde en ingrijpende aanpassingen in bestaande bouw een drempel hebben gevormd om meer gebruik te maken van domotica om de leefruimte van de bewoner te vergroten.

Dat het gebruik van gps-apparaten wel iets vaker lijkt voor te komen kan komen doordat deze systemen de afgelopen jaren beter beschikbaar zijn en de bekendheid ervan iets is toegenomen. Ook kan het zijn dat mensen met dementie en hun mantelzorgers deze apparaten tegenwoordig thuis al wat vaker gebruiken en dat blijven doen als zij de stap naar een woonvoorziening maken. Of dat zij daar de medewerkers op het bestaan van deze mogelijkheden wijzen.

Tabel 4.1: Veranderingen in domoticagebruik van alle deelnemende woonvoorzieningen aan MWD1 (n = 128 - 136) en/of MWD2 (n = 140 - 144) en/of MWD3 (n = 47).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Domoticagebruik				
Aantal toepassingen in woonvoorziening van domotica voor nachtsignalering	1.76	2.05	1.57	
Aantal toepassingen van domotica voor nachtsignalering per bewoner	0.44	0.43	0.58	
Aantal toepassingen van domotica ter vergroting leefruimte	-	.04	.02	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

- : niet gemeten in de eerste meetronde

5 Trends in de werkomstandigheden en het welbevinden van verzorgend personeel

trends

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
• Werkdruk blijft gelijk.	• Geen verandering in werkdruk.
• Autonomie neemt toe.	• Geen verandering in gevoelens van autonomie.
• Sociale steun van leidinggevenden en collega's blijft gelijk.	• Geen verandering in sociale steun van leidinggevende en collega's.
• Geen verandering in arbeidstevredenheid, gevoelens van emotionele uitputting, persoonlijke bekwaamheid en betrokkenheid.	• Arbeidstevredenheid en gevoel van persoonlijke bekwaamheid nemen af. • Geen verandering in gevoelens van emotionele uitputting en betrokkenheid.

Geen verandering in werkdruk, autonomie en ondervonden steun van leidinggevenden en collega's

Verwachting

Ondanks de hervormingen in de zorg en de bezuinigingen die daarmee gepaard gaan, blijft het arbeidsmarktvraagstuk actueel. Dat er op dit moment voor sommige beroepsgroepen een overschot aan personeel is, zal slechts van korte duur zijn. Dit komt doordat de langdurige zorg met twee enorme, aan elkaar gerelateerde en tegelijkertijd optredende uitdagingen te maken krijgt die het aantal beschikbare medewerkers per zorgbehoevende onder grote druk zetten. Ten eerste verdrievoudigt het aantal ouderen met een zorgbehoefte[20] in de komende decennia en verdubbelt of verdrievoudigt ook het aantal mensen met dementie[21]. Ten tweede zal het aantal mensen dat beschikbaar is om te werken afnemen[20,22]. Vanuit dit perspectief blijft het dan ook van groot belang dat werken in de zorg voor mensen met dementie een aantrekkelijk beroep is en dat wordt voorkomen dat medewerkers dit werkveld verlaten.

Bepaalde kenmerken van het werk, zoals de ervaren werkdruk, het gevoel van autonomie en de ondervonden sociale steun van leidinggevenden en collega's, zijn van invloed op de arbeidstevredenheid van zorgmedewerkers en het ontstaan van burn-outklachten. Al jaren blijkt dat zorgmedewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen een grotere werkdruk voelen dan vakgenoten in andere sectoren[23]. Wel lijkt de werkdruk de afgelopen jaren gestabiliseerd te zijn. Op grond hiervan verwachtten wij dat de werkdruk die medewerkers voelen in de derde meetronde van de Monitor gelijk zou zijn gebleven.

Het belang van autonomie in het werk heeft de laatste jaren meer aandacht gekregen. Zo wordt een werkomgeving waarin medewerkers inspraak hebben en ruimte krijgen voor eigen verantwoordelijkheid van belang geacht[24]. Uit onderzoek blijkt dat een groter gevoel van autonomie een van de positieve effecten is die kleinschalige zorg op medewerkers heeft[25,26]. Eerder beschreven we al dat in de ouderenzorg steeds vaker wordt overgegaan op zelfsturende of zelforganiserende teams. De verwachting was dat dit samen zou gaan met meer gevoelens van autonomie en dat het gevoel van autonomie van verzorgenden in de afgelopen periode dan ook groter zou zijn geworden.

Wat betreft de sociale steun die medewerkers van hun collega's ondervinden, hebben zich de afgelopen jaren geen bijzondere ontwikkelingen voorgedaan. De verwachting was daarom dat er op dit punt geen verandering zou zijn opgetreden.

Voor de steun van leidinggevenden ligt het iets ingewikkelder. Enerzijds viel door de opmars van zelfsturende teams te verwachten dat deze steun minder zou zijn doordat leidinggevenden meer op afstand komen te staan. Anderzijds was het ook mogelijk dat leidinggevenden in die positie een andere leiderschapsstijl zouden hebben ontwikkeld waardoor verzorgenden juist het gevoel zouden kunnen krijgen meer te worden gesteund. Uit het eerste hoofdstuk van dit deel blijkt echter dat dit zogeheten transformationeel leiderschap in de derde meetronde van de Monitor niet is toegenomen. Wel komt uit ander onderzoek naar voren dat er vaker op een sociaal-emotionele manier leiding wordt gegeven[23]. Dit zou ook met zich mee kunnen brengen dat zorgmedewerkers zich meer gesteund voelen. Gezien het feit dat bovenstaande ontwikkelingen zowel een positieve als een negatieve invloed kunnen hebben, hadden we de verwachting dat de steun die medewerkers van hun leidinggevende ondervinden gelijk zou zijn gebleven.

Resultaten

In tabel 5.1 is weergeven hoe verzorgenden in 2008/09, 2010/11 en 2013/14 de hierboven besproken kenmerken van het werken in de zorg hebben ervaren. Uit de resultaten blijkt dat er gedurende die periode geen significante verschillen zijn opgetreden in werkdruk, autonomie en sociale steun van de leidinggevende en van collega's.

Reflectie

In tegenstelling tot de verwachting blijkt uit de resultaten dat het gevoel van autonomie niet is toegenomen. Het gelijk blijven van werkdruk, onderlinge steun en steun van de leidinggevende in de beleving van het verzorgend personeel, komt wel overeen met de verwachting. De soms alarmerende berichten over de verslechtering van de werkomstandigheden van verzorgenden worden door de bevindingen in de Monitor niet onderschreven.

Dat verzorgenden zich niet autonomer voelen, komt mogelijk doordat de aandacht voor zelfsturing en meer autonomie nog te recent is om hiervan al de positieve effecten te kunnen zien. Zeker gezien het feit dat de verpleeghuiszorg van oudsher een hiërarchische organisatie kent en zo'n ontwikkeling dan ook waarschijnlijk voor zowel medewerkers als leidinggevenden een hele omslag kan betekenen.

Afname van arbeidstevredenheid en gevoel van persoonlijke bekwaamheid; geen verandering in emotionele uitputting en betrokkenheid

Verwachting

Op basis van ons vermoeden dat de werkdruk en de ondervonden sociale steun gelijk zouden zijn gebleven en de autonomie toegenomen, verwachtten we geen grote verschillen te zullen vinden in arbeidstevredenheid, betrokkenheid en burnoutklachten van verzorgenden.

Resultaten

Tabel 5.1 laat zien dat er geen veranderingen hebben plaatsgevonden op het vlak van emotionele uitputting en betrokkenheid van medewerkers. De arbeidstevredenheid en het vertrouwen in eigen kunnen van het verzorgend personeel zijn echter significant afgenomen.

Reflectie

In tegenstelling tot onze verwachtingen bleek zich op twee van de vier maten een afname te hebben voorgedaan: arbeidstevredenheid en gevoel van persoonlijke bekwaamheid. Omdat de gemeten werkomstandigheden niet zijn veranderd, vallen deze uitkomsten hieruit niet te verklaren. De afname in arbeidstevredenheid en vertrouwen in eigen kunnen lijkt zich met name te hebben voorgedaan tussen 2010/11 en 2013/14. Een mogelijke verklaring kan zijn dat op handen zijnde en al ingevoerde hervormingen in de zorg een negatieve invloed hebben op zorgmedewerkers. Er zijn veel verontrustende berichten in de media over veranderingen en bezuinigingen in de ouderenzorg en het sluiten van verzorgingshuizen. En binnen veel zorgorganisaties is de afgelopen jaren gereorganiseerd. Hoewel we niet met zekerheid kunnen zeggen hoe deze veranderingen en de berichtgeving doorwerken op medewerkers in de zorg, is het zeer goed invoelbaar dat dit tot onrust, onzekerheid en angst voor baanverlies heeft geleid en dat de afname in arbeidstevredenheid en vertrouwen in eigen kunnen hieruit zou kunnen worden verklaard.

Tabel 5.1: Veranderingen in werkkenmerken en welbevinden van verzorgenden van alle deelnemende woonvoorzieningen die aan de meetronden van de MWD1 (n= 128), MWD2 (n = 133) en/of MWD3 (n = 39) meededen.

Kenmerk	**Alle woonvoorzieningen**			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Werkkenmerken				
Werkdruk *Schaal: 1-4*	2.45	2.44	2.43	
Autonomie *Schaal: 1-4*	2.96	2.95	2.97	
Sociale steun leidinggevende *Schaal: 1-4*	3.02	3.02	3.04	
Sociale steun collega's *Schaal: 1-4*	3.16	3.20	3.21	
Welbevinden				
Arbeidstevredenheid *Schaal: 1-4*	3.03	3.04	2.58	↓
Emotionele uitputting *Schaal: 0-6*	1.60	1.77	1.54	
Persoonlijke bekwaamheid *Schaal: 0-6*	4.64	4.72	4.35	↓
Betrokkenheid *Schaal: 1-4*	-	2.89	2.98	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

- : niet gemeten in de eerste meetronde

6 Trends in de kwaliteit van zorg

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
• Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen neemt af.	• Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen neemt af.
• Het gebruik van psychofarmaca blijft gelijk.	• Het gebruik van psychofarmaca blijft gelijk.
• Bewoners worden meer betrokken bij activiteiten.	• Bewoners worden meer betrokken bij activiteiten.
• De persoonsgerichte houding van medewerkers neemt toe.	• De persoonsgerichte houding van medewerkers neemt toe.

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen neemt af

Verwachtingen

In de periode 2008-2014 is in Nederland veel aandacht besteed aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo heeft er een landelijke campagne plaatsgevonden om geen onrustbanden meer te gebruiken in de zorg voor mensen met dementie[27] en werd in 2011 een wetsvoorstel ingediend waarin wettelijke beperkingen worden opgelegd aan de toepassing van fixatiemaatregelen. Helaas is deze wet nog altijd niet van kracht.

Het uitgangspunt van het wetsvoorstel Zorg en dwang is ‘nee, tenzij’: in principe wordt er geen vrijheidsbeperkende maatregel toegepast, tenzij er sprake is van een ernstig nadeel. En dan nog moet de maatregel als allerlaatste optie worden gezien, wanneer het echt niet lukt om een vrijwillig alternatief te bedenken. Een andere nieuwe ontwikkeling is dat instellingen tegenwoordig een waarborgzegel kunnen ontvangen wanneer zij fixatievrij zijn. Op 3 oktober 2014 hadden 61 instellingen dit zogenoemde waarborgzegel Fixatievrije Zorginstelling ontvangen.

Dat het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen echter nog altijd aandacht behoeft blijkt onder andere uit een rapport dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2014 heeft gepubliceerd[28]. Volgens de Inspectie was er in de onderzochte periode (2011/2012) nog vaak sprake van onzorgvuldige besluitvorming en toepassing van vrijheidsbeperking. Tevens was bij veel instellingen onvoldoende beleid geformuleerd voor het voorkómen van vrijheidsbeperking. Dit was een onverwachte uitkomst, gezien alle positieve ontwikkelingen op het gebied van vrijheidsbeperking.

Gezien de campagnes voor terugdringing van vrijheidsbeperking, de aandacht van beleidsmakers voor dit onderwerp en de stimulans voor zorgorganisaties die uitgaat van het waarborgzegel, verwachtten we een afname in het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te zullen zien.

Resultaten

In tabel 6.1 is te zien dat het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen significant is afgenomen. In 2008/09 was het gemiddelde nog 0.52 per bewoner (met de aantekening dat in de praktijk sommige bewoners met meerdere maatregelen te maken hebben), in 2010/11 was het 0.39 en in 2013/14 0.35. De grootste afname in het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft dus plaatsgevonden tussen 2008 en 2011, daarna is de daling afgezwakt. Wanneer we de maatregelen uitsplitsen naar type, is in tabel 6.2 te zien dat er een significante afname is in het gebruik van bedhekken, onrustbanden en verpleegdekens.

Tegelijkertijd zien we dat er nog altijd een grote variatie bestaat in het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen tussen de verschillende woonvoorzieningen. Zo zijn er woonvoorzieningen die ten tijde van de meting in 2013/14 helemaal geen vrijheidsbeperkende maatregelen toepasten en woonvoorzieningen waar dit 0.8 keer per bewoner voorkwam, ruim twee keer zoveel als het gemiddelde.

Tabel 6.1: Veranderingen door de tijd in kwaliteit van zorg van alle deelnemende woonvoorzieningen aan de meetronden van de MWD1 (n = 126-129), MWD2 (n = 133-137) en/of MWD3 (n = 38-42).

Kenmerk	**Alle woonvoorzieningen**			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Kwaliteit van zorg				
Gemiddeld aantal vrijheidsbeperkende maatregelen per bewoner	0.52	0.39	0.35	↓
Gemiddeld aantal psychofarmaca per bewoner	0.86	0.90	0.85	
Gemiddeld aantal activiteiten waarbij bewoners betrokken zijn in laatste 3 dagen	3.91	5.17	6.68	↑
Persoonsgerichte houding zorgmedewerkers Schaal: 1-5	4.38	4.41	4.51	↑

Δ *: verandering door de tijd*

↑ *: significante toename*

↓ *: significante afname*

Tabel 6.2: **Gebruik vrijheidsbeperkende maatregelen naar type van alle deelnemende woonvoorzieningen aan de meetronden van de MWD1 (n = 126), MWD2 (n = 137) en/of MWD3 (n = 37).**

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Vrijheidsbeperkende maatregelen				
Bedhekken	0.36	0.28	0.26	↓
Verpleegdekens	0.03	0.01	0.00	↓
Tafelbladen	0.05	0.05	0.05	
Diepe stoelen	0.03	0.02	0.01	
Plankstoelen	0.01	0.01	0.00	
Onrustbanden	0.05	0.03	0.02	↓

Δ : *verandering door de tijd*

↑ : *significante toename*

↓ : *significante afname*

Tabel 6.3: **Percentage woonvoorzieningen zonder gebruik fixatiemaatregelen naar type van alle deelnemende woonvoorzieningen aan de meetronden MWD1 (n = 126), MWD2 (n = 137) en/of MWD3 (n = 37).**

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen		
	MWD1	MWD2	MWD3
Vrijheidsbeperkende maatregelen			
Woonvoorzieningen zonder gebruik fixatiemaatregelen	2.4	5.1	2.7
Woonvoorzieningen zonder gebruik fixatiemaatregelen exclusief bedhekken	19.8	28.7	21.6
Woonvoorzieningen zonder bedhekken	6.3	6.6	8.1
Woonvoorzieningen zonder verpleegdekens	51.6	75.7	83.8
Woonvoorzieningen zonder tafelbladen	38.1	43.4	37.8
Woonvoorzieningen zonder diepe stoelen	72.2	84.6	83.8
Woonvoorzieningen zonder plankstoelen	86.5	89.7	94.6
Woonvoorzieningen zonder onrustbanden	50.8	69.9	73.0

Reflectie

Conform de verwachting is het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen afgenomen. Er is veel aandacht voor terugdringing van vrijheidsbeperking en dit lijkt tot positieve uitkomsten te leiden. Zagen we tijdens de vorige meetronde al een afname in het gebruik van verpleegdekens en bedhekken, nu blijkt ook de toepassing van onrustbanden te zijn gedaald. Deze uitkomsten zijn zeer bemoedigend voor de toekomst, waarin idealiter geen vrijheidsbeperkende maatregelen meer gebruikt zullen worden, tenzij… Wel laten de grote verschillen tussen woonvoorzieningen zien dat er nog altijd inspanningen nodig zijn om vrijheidsbeperking terug te dringen. Bij de organisaties waar nog relatief veel van deze middelen worden gebruikt, zijn gerichte acties nodig. Dat voor de overige vrijheidsbeperkende maatregelen geen significante afname is gevonden, kan mogelijk ten dele worden verklaard uit het feit dat dergelijke middelen (zoals diepe stoelen en plankstoelen) al bijna nooit werden gebruikt.

Het gebruik van psychofarmaca blijft gelijk

Verwachtingen

Psychofarmaca worden in de zorg voor mensen met dementie regelmatig ingezet als er sprake is van probleemgedrag. Dit ondanks het feit dat bekend is dat psychofarmaca dikwijls slechts een beperkt effect hebben en gepaard kunnen gaan met ernstige bijwerkingen. Al sinds 2005 wordt er in Nederland actief voor gepleit psychofarmaca alleen als laatste redmiddel in te zetten. In de 'Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling bij dementie'[29] wordt aangeraden bij probleemgedrag eerst een psychosociale interventie uit te proberen. De uit 2008 daterende 'Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie' onderstreept dit nogmaals. En er zijn nog meer richtlijnen voor het omgaan met probleemgedrag bij mensen met dementie die soortgelijke aanbevelingen doen.

In een recent rapport hebben het Trimbos-instituut en Vilans in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ),[30] op basis van de verschillende richtlijnen, de acht kernelementen beschreven van het omgaan met gedrag van mensen met dementie. Voorbeelden van kernelementen zijn een gedegen gedragsanalyse maken, eerst psychosociale interventies inzetten en psychofarmaca alleen volgens de richtlijnen voorschrijven. Er is in dit rapport en door de IGZ voor gekozen om in het vervolg niet te spreken van 'probleemgedrag', maar van 'onbegrepen gedrag'. De reden hiervoor is dat bij veranderend gedrag de focus moet liggen op het begrijpen van de oorzaken van dit gedrag om zo aanknopingspunten te krijgen om het te voorkomen of te verminderen.

In het wetsvoorstel Zorg en dwang zijn ook nieuwe richtlijnen vastgelegd voor het toedienen van psychofarmaca[31]. Deze ontwikkelingen doen vermoeden dat de

toepassing van psychofarmaca zal afnemen, maar deskundigen denken dat er meer nodig is dan alleen nieuwe richtlijnen en regels. Van groot belang volgens hen zijn een cultuuromslag in de zorginstellingen en deskundigheidsbevordering van het personeel. Ook Alzheimer Nederland stelt dat antipsychotica nog altijd te veel en te lang worden gebruikt voor de behandeling van onbegrepen gedrag. Ook signaleert Alzheimer Nederland dat er over het gebruik van antipsychotica als haloperidol (Haldol), olanzapine (Zyprexa) en risperidon (Risperdal) nog veel misverstanden bestaan, zelfs bij professionele hulpverleners[32]. Op basis van bovenstaande vermoedden wij dat het gebruik van psychofarmaca in verpleeghuizen, ondanks de beschikbare richtlijnen en de informatie over de nadelige effecten, in de periode 2008-2014 niet aanzienlijk zou zijn afgenomen.

trends

Resultaten

In tabel 6.1 is te zien dat er geen significante verandering is opgetreden in het gebruik van psychofarmaca in de periode 2008-2014. Tabel 6.4 toont dat er ook geen significante verschillen zijn als het gaat om de inzet van verschillende typen psychofarmaca. De cijfers van 2013/14 laten onder andere zien dat in de deelnemende woonvoorzieningen nog altijd 1 op de 4 bewoners met dementie een antipsychoticum krijgt voorgeschreven. Net als bij het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen blijken de verschillen tussen woonvoorzieningen op dit punt groot te zijn, zo tonen de cijfers uit de meting 2013/2014. Er zijn woonvoorzieningen die slechts 1 op de 10 bewoners een psychofarmacon toedienen, maar ook plekken waar het gemiddelde op bijna 1.4 per bewoner ligt. Ook als we naar de afzonderlijke middelen kijken zien we deze grote verschillen terug.

Tabel 6.4: Gebruik psychofarmaca naar type, van alle deelnemende woonvoorzieningen aan de meetronden van de MWD1 (n = 11[illegible]), MWD2 (n = 134) en/of MWD3 (n = 36).

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Psychofarmaca				
Slaapmiddelen	0.16	0.17	0.18	
Benzodiazepines	0.18	0.21	0.17	
Neuroleptica/antipsychotica	0.28	0.29	0.25	
Antidepressiva	0.25	0.23	0.26	

Δ : verandering door de tijd

🠅 : significante toename

🠇 : significante afname

Reflectie

Zoals verwacht is het gebruik van psychofarmaca gelijk gebleven. Het lijkt er dus op dat invoering van de richtlijnen voor professioneel omgaan met onbegrepen gedrag in de praktijk nog altijd niet goed is geslaagd. Dit is een verontrustende uitkomst. Gerichte campagnes, concrete maatregelen en een cultuurverandering lijken nodig om het gebruik van psychofarmaca verder terug te dringen.

In het tweede deel van deze publicatie gaan we nader in op hoe de voorschrijvers, de artsen in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie, de inzet van psychofarmaca ervaren en waar zij mogelijkheden tot verbetering zien. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg doet op dit moment onderzoek naar het gebruik van psychofarmaca in de ouderenzorg. Hopelijk biedt ook deze studie meer aangrijpingspunten om psychofarmacagebruik te verminderen en beter om te gaan met onbegrepen gedrag. Nader onderzoek is zeker van belang, nu uit de cijfers van de Monitor naar voren komt dat er woonvoorzieningen zijn die amper psychofarmaca aan bewoners voorschrijven. Dit toont aan dat het dus wel degelijk mogelijk is om terughoudend te zijn in het gebruik van psychofarmaca.

Bewoners worden meer betrokken bij activiteiten

Verwachtingen

Bewoners van verpleeghuizen bij activiteiten betrekken is van belang om hen plezier te laten beleven, hen te activeren, hun zelfbeeld te versterken, hen te helpen sociale relaties aan te gaan met medebewoners en om depressie en onbegrepen gedrag tegen te gaan. In de literatuur is hier steeds meer aandacht voor en er zijn diverse methoden ontwikkeld om mensen met dementie activiteiten aan te bieden. In de praktijk blijken deze methoden echter pas mondjesmaat te worden geïmplementeerd, mogelijk door de afwezigheid van randvoorwaarden zoals voldoende personeel of aanvullende scholing. Verder kiezen veel woonvoorzieningen ervoor, zeker als er sprake is van kleinschalige zorg, om geen aparte activiteitenbegeleiders meer in te zetten maar verzorgenden integraal te laten werken. Dit betekent dat zij naast zorgtaken ook huishoudelijke taken uitvoeren waar zij bewoners bij betrekken en dat zij met bewoners in de huiskamer andere activiteiten ondernemen. Eerder onderzoek liet zien dat een meer kleinschalige organisatie van zorg inderdaad samengaat met meer betrokkenheid van bewoners bij activiteiten[33].

Ook is er in de afgelopen periode steeds meer aandacht gekomen voor familieparticipatie in de verpleeghuiszorg. Het streven is niet alleen om familieleden meer bij de organisatie van de zorg te betrekken, maar ook om hen te stimuleren activiteiten met hun naaste of andere bewoners te ondernemen.

Beide ontwikkelingen kunnen betekenen dat bewoners gedurende de dag in toenemende mate bij het dagelijks leven in de huiskamers van de woonvoorzieningen worden betrokken. Onze verwachting was dan ook dat de frequentie waarin bewoners bij activiteiten betrokken worden, was toegenomen.

Resultaten

Tabel 6.1 laat zien dat het gemiddelde aantal verschillende activiteiten waarbij een bewoner in de drie dagen voorafgaande aan de meting betrokken werd, aanzienlijk en significant is toegenomen. In 2008/09 werd de bewoner bij bijna vier activiteiten betrokken (3.92), in 2010/11 was dit al toegenomen tot iets meer dan 5 (5.17) en in 2013/14 gaat het om meer dan 6 (6.68) activiteiten.

Reflectie

Bovenstaande bevinding komt overeen met onze verwachting dat de bewoner meer betrokken wordt bij activiteiten. Gezien het belang van activiteiten voor het functioneren en de kwaliteit van leven van bewoners is dit een zeer positieve trend. Om nader zicht te krijgen op hoe vaak bewoners precies bij activiteiten worden betrokken en hoe participatie in activiteiten samenhangt met hun kwaliteit van leven, gaan we in het tweede deel van deze publicatie nader op dit onderwerp in.

De persoonsgerichte houding van medewerkers neemt toe

Verwachtingen

Een persoonsgerichte houding van verzorgend personeel ten opzichte van mensen met dementie betekent dat zij hen als volwaardig persoon blijven zien, ondanks geheugenproblemen of andere beperkingen. Verzorgenden met een meer persoonsgerichte houding nemen de behoeften van mensen met dementie als uitgangspunt van begeleiding en zorg.

Sinds 2008 is het gebruik van het zorgleefplan geïntroduceerd. Hierin worden behoeften, wensen en voorkeuren van de bewoner op het gebied van participatie, woon- en leefomgeving, mentaal welbevinden en gezondheid op één plek vastgelegd. De levensgeschiedenis van bewoners vormt een belangrijk uitgangspunt in dit plan. De afgelopen jaren zijn steeds meer zorgorganisaties inderdaad met het zorgleefplan gaan werken. Mogelijk heeft dit ervoor gezorgd dat medewerkers de bewoners meer zijn gaan zien als individu met hun eigen mogelijkheden, persoonlijke voorkeuren en behoeften en daarmee een meer persoonsgerichte houding hebben ontwikkeld. De verwachting was dan ook dat de persoonsgerichte houding van medewerkers in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie de afgelopen jaren zou zijn toegenomen.

Resultaten

Uit tabel 6.1 komt naar voren dat de gemiddelde score voor een persoonsgerichte houding van de zorgmedewerkers significant is toegenomen.

Reflectie

De gevonden resultaten zijn conform de verwachting. Gezien het feit dat een persoonsgerichtere benadering van mensen met dementie wereldwijd als prioriteit wordt gezien om de dementiezorg verder te verbeteren[18,34], is dit een belangrijke trend. Tegelijkertijd is het de vraag of het feit dat deze houding ten positieve verandert ook daadwerkelijk iets zegt over de wijze waarop verzorgenden met bewoners omgaan. We weten uit eerdere metingen van de Monitor dat ook wanneer medewerkers op een vragenlijst aangaven een persoonsgerichte houding te hebben, observaties in de praktijk lieten zien dat er nog veel ruimte was voor verbetering van hun daadwerkelijke gedrag[35]. Ook blijken bepaalde behoeften van mensen met dementie aanzienlijk minder aandacht te krijgen dan andere[36]. Mogelijk weten verzorgenden door de aandacht voor benadering van mensen met dementie van de afgelopen jaren wat zij zouden moeten antwoorden bij het type vragenlijst dat is gebruikt en laat de uitkomst vooral zien dat men weet hoe het zou moeten. Het is daarom van belang specifieker te kijken naar wat er nodig is om meer persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie te verwezenlijken. In deel 2 van deze publicatie gaan we hierop nader in.

7 Trends in de inzet van informele zorg

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
• Toename in inzet en partnerschap in zorg van familieleden.	• Toename van partnerschap in zorg en inzet van familieleden.
• Afname in zorgbelasting en toename van tevredenheid.	• Geen verandering in tevredenheid en zorgbelasting.
• Meer inzet van vrijwilligers.	• Meer inzet van vrijwilligers.

trends

Toename in de inzet van familieleden en van partnerschap in de zorg; geen verandering in tevredenheid en zorgbelasting

Verwachting

In de studie naar de succesfactoren voor goede zorg voor mensen met dementie zagen we dat betrokkenheid van familie bij de zorg belangrijke kansen biedt om kwaliteitszorg te verlenen. Tegelijkertijd constateerden we dat woonvoorzieningen heel verschillend tegen betrokkenheid van familie aankijken.

Mensen met dementie blijven vaak lang thuis wonen met ondersteuning door mantelzorgers. Pas wanneer de situatie thuis onhoudbaar wordt, vindt een verhuizing naar een zorginstelling plaats. Daar nemen professionele verzorgers de zorg van de mantelzorger over. De laatste jaren streven we er echter steeds meer naar om professionals niet zonder meer alles te laten overnemen, maar te kijken wat familie zelf kan en wil bijdragen. Het accent van het overheidsbeleid is de afgelopen jaren ook verschoven van de vrijheid van burgers om in de zorg voor hun naaste te helpen naar een vastere plaats van mantelzorg in de zorgketen, zowel intra- als extramuraal[37]. Nu al is zorg aan mensen met dementie in toenemende mate een zaak van samenwerking tussen formele en informele zorgverleners en in de toekomst zal er van mantelzorgers een nog grotere bijdrage worden verwacht. Daarmee wordt de ondersteuning die formele zorgverleners mantelzorgers bieden ook van steeds groter belang. Dit is een relatief nieuwe ontwikkeling waaraan beide partijen moeten wennen. Om deze ontwikkeling te ondersteunen zijn er handreikingen ontwikkeld[38]. Gezien bovenstaande ontwikkelingen was onze verwachting dat de inzet van mantelzorgers in de verpleeghuiszorg en de mate waarin er sprake is van partnerschap in zorg de afgelopen jaren zou zijn toegenomen. Met partnerschap in zorg bedoelen we dat familieleden van bewoners met dementie actief betrokken worden bij de zorg en dat er sprake is van een goede samenwerking.

De tweede meetronde van de Monitor liet zien dat meer partnerschap in de zorg van familieleden niet betekent dat mantelzorgers een zwaardere zorgbelasting ervaren,

zoals soms wel wordt gedacht, maar dat de zorgbelasting in hun beleving juist minder wordt. Ook bleken familieleden tevredener te zijn met de woonvoorziening naarmate zij meer betrokken waren. Daarom was de verwachting dat ook de zorgbelasting van mantelzorgers wat zou zijn verminderd en de tevredenheid met de woonvoorziening zou zijn toegenomen.

Resultaten

Tabel 7.1 laat zien dat er een fors significante toename is in de inzet van familieleden. Per bewoner zijn er nu bijna een uur per week familieleden die een structurele bijdrage leveren aan de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Ook de ervaring van familieleden dat zij partner zijn in de zorg is toegenomen. Er zijn geen veranderingen gevonden in de tevredenheid van de familie met de woonvoorziening en in de zorgbelasting die zij ondervinden.

Reflectie

De toename in de inzet van familieleden en hun toegenomen partnerschap in de zorg komen overeen met onze verwachtingen. Dit past bij de huidige ontwikkelingen in de richting van een participatiemaatschappij. Dat de tevredenheid en de zorgbelasting niet veranderd zijn, is tegenovergesteld aan onze verwachtingen. Maar we weten dat de tevredenheid van familieleden met verpleeghuiszorg altijd hoog is; in de vorige meetronde lag deze ook al op het niveau dat vaak in ander onderzoek onder familie gevonden wordt.

Wat betreft de zorgbelasting is het mogelijk dat de geboden ondersteuning onvoldoende is en dat de in de tweede meetronde van de Monitor gesignaleerde knelpunten nog altijd actueel zijn; dit zou dan verklaren dat de zorgbelasting niet verder afneemt. Denk bijvoorbeeld aan het feit dat familieleden meer behoefte hebben aan uitleg over het soms moeilijke gedrag van hun naaste en aan tips voor de omgang. De Dementiemonitor Mantelzorg die tweejaarlijks door Alzheimer Nederland in samenwerking met het Nivel wordt uitgevoerd, laat soortgelijke bevindingen zien[39].

Toename in de inzet van vrijwilligers

Verwachting

Ook vrijwilligers inzetten biedt belangrijke kansen om goede dementiezorg te realiseren bleek eerder uit onderzoek van de Monitor Woonvormen Dementie. Maar ook tegen de inzet van vrijwilligers kijken woonvoorzieningen verschillend aan: sommige huizen hebben geen enkele moeite om vrijwilligers te werven en zetten hen op grote schaal in; in andere gevallen kost het grote moeite om vrijwilligers binnen te halen en zijn woonvoorzieningen terughoudend of zien zij inzet van vrijwilligers als een ‘extraatje’. Gezien de toenemende aandacht voor de bijdrage van informele

zorgverleners, niet alleen mantelzorgers, maar ook vrijwilligers, verwachtten we een grotere inzet van vrijwilligers in de woonvoorzieningen te zullen zien.

Resultaten

Tabel 7.1 toont een fors significante toename in de inzet van vrijwilligers. Per bewoner is er vijf kwartier per week een vrijwilliger actief.

Tabel 7.1: Veranderingen door de tijd in kwaliteit van zorg van alle deelnemende woonvoorzieningen die aan MWD1 (n = 136), MWD2 (n = 130-144) en/of MWD3 (n = 44-47) meededen.

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Inzet informele zorg				
Partnerschap in zorg	-	5.2	5.6	▲
Tevredenheid	-	7.9	7.9	
Zorgbelasting	-	3.2	3.2	
Inzet familieleden -aantal minuten per week per bewoner	21.6	21.0	52.8	▲
Inzet vrijwilligers -aantal minuten per week per bewoner	47.4	62.4	76.2	▲

Δ : verandering door de tijd

▲ : significante toename

▼ : significante afname

- : niet gemeten in de eerste meetronde

Reflectie

De toename in de inzet van vrijwilligers komt overeen met de verwachtingen. Woonvoorzieningen zijn mogelijk steeds meer doordrongen van de positieve bijdrage die vrijwilligers kunnen leveren. Ook hebben zij mogelijk de afgelopen jaren in toenemende mate inspanningen verricht om vrijwilligers te werven en te behouden. Ook kan de gestegen werkloosheid een gunstig effect hebben gehad op de mate waarin mensen in Nederland bereid zijn vrijwilligerswerk te doen[40].

8 Trends in de kwaliteit van leven van bewoners

Wat waren de verwachtingen?	Wat laten de gegevens zien?
• Verbeteringen in de kwaliteit van leven van bewoners op diverse domeinen.	• Toename van positief affect en iets om handen hebben. • Afname van negatief affect en rusteloos gedrag.

trends

Toename in positief affect en iets om handen hebben; afname in negatief affect en rusteloos gedrag

Verwachtingen

Omdat genezing bij dementie niet mogelijk is, is kwaliteit van leven in de zorg voor mensen met dementie een belangrijk begrip. Kwaliteit van leven is echter ook een complex begrip dat niet alleen samenhangt met lichamelijke en psychische gezondheid, maar ook met sociale contacten, activiteiten, de woning en de woonomgeving. De afgelopen decennia is er steeds meer aandacht voor verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Dit komt onder andere tot uiting in het belang dat aan de benaderingswijze van mensen met dementie wordt toegekend, in het helpen van bewoners om hun oude gewoonten voort te zetten en een zinvolle daginvulling te creëren, in aandacht voor de bewegingsvrijheid van bewoners en in het belang dat wordt gehecht aan een huiselijke en ondersteunende omgeving. Een persoonsgerichte houding van medewerkers jegens mensen met dementie is onmisbaar om dit alles te realiseren. Onze verwachting was dan ook dat door een toegenomen persoonsgerichte houding van medewerkers tegenover mensen met dementie, het meer betrekken van bewoners bij activiteiten en de toegenomen aandacht voor de rol van de familie in de zorg, de kwaliteit van leven van bewoners op een aantal domeinen zou zijn toegenomen.

Resultaten

De resultaten op de verschillende domeinen van kwaliteit van leven staan in tabel 8.1. Zij laten zien dat positief affect (positieve gemoedstoestand) en iets om handen hebben significant zijn toegenomen. Rusteloos gedrag en negatief affect (negatieve gemoedstoestand) zijn significant verminderd. Op de domeinen zorgrelatie, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociale isolatie en zich thuis voelen zien we geen veranderingen.

Tabel 8.1: Veranderingen door de tijd in de kwaliteit van leven van bewoners van alle woonvoorzieningen die aan MWD1 (n = 130), MWD2 (n = 137) en/of MWD3 (n = 42) meededen.

Kenmerk	Alle woonvoorzieningen			
	MWD1	MWD2	MWD3	Δ
Kwaliteit van leven				
Zorgrelatie - Schaal: 0-3	2.07	2.06	2.13	
Positief affect - Schaal: 0-3	2.13	2.12	2.25	↑
Negatief affect - Schaal: 0-3	1.18	1.09	1.06	↓
Rusteloos gedrag - Schaal: 0-3	1.48	1.41	1.36	↓
Positief zelfbeeld - Schaal: 0-3	2.24	2.29	2.29	
Sociale relaties - Schaal: 0-3	1.73	1.71	1.73	
Sociale isolatie - Schaal: 0-3	1.02	0.98	0.94	
Iets om handen hebben - Schaal: 0-3	0.99	1.03	1.21	↑
Zich thuis voelen - Schaal: 0-3	2.28	2.29	2.37	

Δ : verandering door de tijd

↑ : significante toename

↓ : significante afname

Reflectie

Door de positieve uitkomsten op bijna de helft van de onderzochte domeinen van kwaliteit van leven lijkt het erop dat die kwaliteit inderdaad is toegenomen. Dat bewoners vaker iets om handen hebben heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat ook het aantal activiteiten waarbij zij betrokken worden is toegenomen (zie hoofdstuk 6). Ook de toename van het positief affect heeft hiermee waarschijnlijk te maken, omdat in de eerste meetronde van de Monitor al bleek dat meer betrokkenheid bij activiteiten eveneens van invloed is op positief affect[41]. We constateerden toen dat veel domeinen van kwaliteit van leven samenhangen met betrokkenheid bij activiteiten. Vergelijken we de woonvoorzieningen waar bewoners over het algemeen een hoge kwaliteit van leven hebben met de rest van de deelnemende woonvormen, dan valt ook op dat in de eerstgenoemde groep bewoners significant vaker betrokken zijn bij activiteiten.

Uiteraard zijn er ook aanvullende verklaringen mogelijk. Bijvoorbeeld een grotere persoonsgerichtheid van verzorgenden waardoor zij mogelijk meer oog hebben gekregen voor de gevoelens van bewoners en beter in staat zijn om te voorkomen dat er negatieve gevoelens ontstaan. Of de verdere afname van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen in de dementiezorg en de groei van de bijdragen die familieleden aan de zorg leveren.

Deel 2: Succesfactoren



1 Persoonsgerichte zorg

Waar heeft de verzorging vaak oog voor?	Waarvoor minder vaak?
• Aandacht voor wat bewoners zelf kunnen en voor hun voorgeschiedenis.	• Op een positieve en respectvolle manier contact maken.
• Bewoners bij plezierige activiteiten betrekken of hen stimuleren zelf iets te doen.	• Zorg en begeleiding afstemmen op het individu.
• Bewoners erbij laten horen door het contact met medebewoners op gang te brengen en samen met bewoners activiteiten te ondernemen.	• Aandacht voor de gevoelens van bewoners en hen troosten en geruststellen wanneer dit nodig is.
• De wereld proberen te begrijpen vanuit het perspectief van de persoon met dementie.	

De zorg voor mensen met dementie is sinds begin jaren tachtig volop in beweging. Vóór die tijd was die zorg voornamelijk gericht op goede lichamelijke verzorging, maar geleidelijk is men steeds meer waarde gaan hechten aan de beleving van iemand met dementie. Juist omdat mensen met dementie vaak minder goed in staat zijn zelf in bepaalde behoeften te voorzien (bijvoorbeeld iets om handen hebben), is het belangrijk dat zij ook emotionele en sociale begeleiding krijgen. Op die manier worden ze geholpen in het omgaan met de cognitieve, emotionele en sociale gevolgen van de ziekte[42]. Deze visie staat centraal in persoonsgerichte zorg. Deze zorgbenadering hecht eraan dat mensen met dementie bevestigd worden in hun mens-zijn, dat hun gevoelens en beleving serieus worden genomen en dat gelet wordt op hun mogelijkheden[43].

Wat is persoonsgerichte zorg?

De elementen van persoonsgerichte zorg worden vaak samengevat zoals in het volgende kader. De letters vormen samen de afkorting VIPS (in het Engels: ‘Very Important Persons’).

Elementen van persoonsgerichte zorg[44]

V Waarde (**V**alue) toekennen aan mensen, onafhankelijk van hun leeftijd of cognitieve beperkingen.
I **I**ndividuele begeleiding en zorg bieden en iemands uniekheid erkennen.
P De wereld begrijpen vanuit het **P**erspectief van iemand met dementie.
S Een ondersteunende **S**ociale omgeving bieden die tegemoet komt aan psychologische behoeften.

In de persoonsgerichte zorg gaat men ervan uit dat mensen met dementie bepaalde behoeften hebben net als wij allemaal. Vervulling van deze behoeften is belangrijk om je mens te blijven voelen. De vijf psychologische behoeften waaraan de persoonsgerichte zorg aandacht schenkt, zijn weergegeven in het volgende kader.

De vijf psychologische behoeften[43]
Comfort (troost en bemoediging): Voorzien in warmte en nabijheid door anderen. Ook sussen, kalmeren, tederheid tonen en een ontspannen tempo vallen hieronder. Mensen met dementie zijn vaak bang om van die troost en bemoediging te worden afgesneden. Intimiderend optreden, aandacht onthouden en een te hoog tempo ondermijnen de behoefte aan comfort.
Identiteit: Weten wie je bent en een gevoel van continuïteit hebben met je verleden. Anderen kennen je en hebben respect voor je. Identiteit wordt ondersteund door respecteren, accepteren en vieren. Mensen kinderlijk benaderen, kleineren en etiketteren ondermijnen de identiteit van een persoon met dementie.
Gehechtheid: mensen zijn sociale wezens en hebben hechting aan anderen nodig, vooral in tijden van angst, onrust en verandering. Acties om een hechte band te smeden, zoals iemand als persoon erkennen, oprechtheid en bevestiging van gevoelens moeten daarom gekoesterd worden. Iemand beschuldigen, misleiden en niet erkennen ondermijnen de behoefte aan gehechtheid.
Gehechtheid: Mensen zijn sociale wezens en hebben hechting aan anderen nodig, vooral in tijden van angst, onrust en verandering. Acties om een hechte band te smeden, zoals iemand als persoon erkennen, oprechtheid en bevestiging van gevoelens moeten daarom gekoesterd worden. Iemand beschuldigen, misleiden en niet erkennen ondermijnen de behoefte aan gehechtheid.
Betrokken en bezig zijn: door bezig te zijn levert iemand een bijdrage aan de gemeenschap en krijgt daardoor respons van anderen. De behoefte hieraan is vervuld wanneer een persoon met dementie betrokken is bij activiteiten die voor hem betekenisvol en persoonlijk zijn. Iemand helpen zijn vaardigheden te gebruiken, niet te veel of te weinig overnemen en samenwerken komen aan deze behoefte tegemoet. Het tegendeel van bezig zijn is verveling en apathie. Die geestesgesteldheid kan leiden tot een verminderd zelfbeeld. Dingen opleggen, ontwrichten of verstoren waarmee iemand bezig is en iemand als een object te behandelen werken dit in de hand.
Erbij horen: Mensen met dementie lopen een groot risico om sociaal geïsoleerd te raken, zelfs wanneer ze in een gemeenschap leven. Iemand bij de naam noemen, het gevoel geven dat hij erbij hoort en dat hij thuis is en samen plezier maken zijn persoonsversterkend. Verbanning, negeren, bespotten en stigmatiseren persoonsondermijnend.

Wat levert persoonsgerichte zorg op?

Bij persoonsgerichte zorg staan de beleving en het welbevinden van de persoon met dementie dus centraal. Onze verwachting was dan ook dat een persoonsgerichtere benadering van de zorg van mensen met dementie samen zou gaan met een positiever welbevinden en een beter functioneren van mensen met dementie. Maar persoonsge-

richte zorg heeft ook andere gunstige effecten op de zorg. Zo heeft eerder onderzoek van de Monitor Woonvormen Dementie laten zien dat persoonsgerichte zorg niet alleen een positieve invloed heeft op het welbevinden en het functioneren van bewoners, maar ook op het welbevinden van verzorgenden en familieleden en op een betere kwaliteit van zorg1. Maar hoewel tachtig procent van het verzorgend personeel vindt dat zij zorg verlenen waarbij de persoon met dementie centraal staat, lieten observaties in de dagelijkse zorg zien dat het voor verzorgenden niet altijd duidelijk is wat nu precies met persoonsgerichte zorg bedoeld wordt en hoe je die in praktijk brengt[3]. Met name voor bepaalde psychologische behoeften bleek over het geheel genomen weinig aandacht te zijn[45].

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op hoe het in de praktijk gesteld is met de verschillende aspecten van persoonsgerichte zorg. Zo kunnen we beter in kaart brengen waar al vaak oog voor is en wat vanuit het perspectief van verzorgenden en familieleden meer aandacht behoeft. Ons doel is om op deze manier concrete aanknopingspunten te bieden waarmee persoonsgerichte zorg nog meer een plaats kan krijgen in de dagelijkse praktijk.

Om de ervaringen van verzorgenden en familieleden met persoonsgerichte zorg in kaart te brengen, hebben wij beide groepen een vragenlijst voorgelegd. Beide vragenlijsten bevatten vragen over de eerder genoemde aspecten van persoonsgerichte zorg, maar deze zijn voor verzorgenden en familieleden niet precies hetzelfde.

Waar heeft de verzorging vaak oog voor?

Waar is oog voor volgens verzorgenden?

In tabel 1.1 zijn de vijf stellingen uit de aan verzorgenden voorgelegde vragenlijst weergegeven waarvan de respondenten het vaakst zeggen dat ze dit doen. Bijna alle verzorgenden vinden dat ze vaak of bijna altijd hun benadering aanpassen aan de persoonlijkheid van de bewoner, dat zij de bewoners op een positieve manier benaderen en een praatje met hen maken tijdens de verzorging. Ook zegt ongeveer de helft dat zij weten wat bewoners prettig vinden en wat niet en dat zij bewoners op verschillende manieren zorg verlenen, afhankelijk van hun persoonlijke behoefte en voorkeur.

Tabel 1.1: Topvijf hoogst scorende stellingen m.b.t aspecten van persoonsgerichte zorg volgens verzorgenden (n=476).

Stelling	% Vaak	% Bijna altijd
Ik ga verschillend met de bewoners om, rekening houdend met hun persoonlijkheid.	23	71
Ik benader de bewoner op een positieve manier (bijvoorbeeld door vriendelijk te kijken) als ik hem of haar verzorg.	19	74
Tijdens de verzorging maak ik een praatje met de bewoner en is er contact tussen ons.	16	77
Ik weet wat de bewoners prettig vinden en wat niet.	47	45
Ik geef de bewoners op verschillende manieren zorg, naar gelang hun persoonlijke behoefte en voorkeur.	36	56

Waar is oog voor volgens familieleden?

In tabel 1.2 staan de vijf stellingen uit de aan familie voorgelegde vragenlijst waarvan de deelnemende familieleden het vaakst zeggen dat zorgmedewerkers dit doen. Bijna alle familieleden vinden dat medewerkers hun naaste bij de naam noemen en deze met respect bejegenen. Ook geeft familie te kennen dat ongeveer de helft van de medewerkers hun naaste bijna altijd geruststelt wanneer deze van streek is, genegenheid toont jegens hun naaste wanneer deze dat nodig heeft en oog heeft voor de gevoelens van hun verwant.

Tabel 1.2: Topvijf hoogst scorende stellingen m.b.t aspecten van persoonsgerichte zorg volgens familie (n=423).

Stelling	% Vaak	% Bijna altijd
De medewerkers bejegenen mijn familielid respectvol.	23	75
Wanneer de medewerkers mijn familielid verzorgen of ergens heen brengen, noemen ze hem/haar bij de naam.	14	82
De medewerkers tonen genegenheid jegens mijn familielid wanneer hij/zij dat nodig heeft.	39	49
De medewerkers stellen mijn familielid gerust wanneer hij/zij van streek is.	30	58
De medewerkers hebben oog voor de gevoelens van mijn familielid.	40	48

Reflectie

In deze reflectie gaan wij steeds in op de elementen van persoonsgerichte zorg en psychologische behoeften zoals deze in de kaders staan beschreven. De letters die tussen haakjes in de tekst staan, verwijzen naar de letters van de afkorting VIPS in het kader 'Elementen van persoonsgerichte zorg' waarmee dit hoofdstuk begint.

Kijkende naar de antwoorden van de verzorgenden springt er één element uit waar verzorgenden oog voor zeggen te hebben: zorg bieden die afgestemd is op het individu (I). Verzorgenden zeggen de zorg af te stemmen op de persoon die zij voor zich hebben en dit te kunnen doen doordat zij weten wat de bewoner in kwestie prettig vindt en wat niet.

Kijken we naar de antwoorden van de familieleden, dan blijkt dat de familie vooral vindt dat medewerkers door hun manier van omgaan met de bewoners een sociale omgeving bieden (S), waarin zij aandacht hebben voor de gevoelens van hun naaste en deze troost en warmte bieden wanneer dat nodig is. Met andere woorden, verzorgenden bieden in de optiek van familieleden comfort. Daarnaast valt op dat familieleden vinden dat verzorgenden hun naaste respectvol bejegenen en bij de naam noemen. Dit is van belang om de identiteit van bewoners te bevestigen en in stand te houden.

Waar heeft de verzorging minder vaak oog voor?

Waar is minder vaak oog voor volgens verzorgenden?

In tabel 1.3 zijn de vijf stellingen uit de aan verzorgenden voorgelegde vragenlijst weergegeven waarvan de respondenten zeggen dat zij dit aanzienlijk minder vaak doen. Zo vindt nog niet de helft van de verzorgenden dat zij vaak of bijna altijd de tijd kunnen nemen die nodig is om bewoners te stimuleren iets voor zichzelf te doen of om met bewoners samen gezellige activiteiten te kunnen ondernemen. Ook blijkt men relatief minder vaak bewoners te helpen vriendschap te sluiten met medebewoners of hun activiteiten aan te bieden die bij hun interessesfeer passen. Ten slotte lukt het slechts iets meer dan de helft van de verzorgenden vaak of bijna altijd om te achterhalen wat de reden is dat een bewoner agressief reageert.

Tabel 1.3: Topvijf laagst scorende stellingen m.b.t aspecten van persoonsgerichte zorg volgens verzorgenden (n=476).

Stelling	% Vaak	% Bijna altijd
Ik kan alle tijd nemen die ik nodig heb om bewoners te stimuleren iets voor zichzelf te doen.	30	6
De medewerkers nemen deel aan gezellige activiteiten met bewoners.	34	15
Ik help bewoners vriendschap te sluiten met medebewoners.	41	13
Wanneer een bewoner agressief wordt, krijg ik helder wat daarvan de reden is.	49	7
In deze woonvoorziening krijgen bewoners plezierige activiteiten aangeboden die bij hun interessesfeer passen.	46	26

Waar is minder vaak oog voor volgens familieleden?

In tabel 1.4 zijn de vijf stellingen uit de aan familie voorgelegde vragenlijst weergegeven waarvan de betrokken familieleden aanzienlijk minder vaak zeiden dat zorgmedewerkers dit doen. Zo vindt slechts een derde vaak of bijna altijd dat hun

familielid de hele dag interessante dingen te doen heeft, iets meer dan de helft zegt dat de medewerkers vaak of bijna altijd de tijd nemen om hun familielid te stimuleren iets voor zichzelf te doen en dat de woonvoorziening activiteiten aanbiedt waaraan hun naaste graag meedoet. Ook blijkt dat medewerkers de voorgeschiedenis van hun verwant niet altijd goed kennen en niet altijd de tijd nemen om te achterhalen wat iemand zelf kan.

Tabel 1.4: Topvijf laagst scorende stellingen m.b.t aspecten van persoonsgerichte zorg volgens familie (n=423).

Stelling	% Vaak	% Bijna altijd
In deze woonvoorziening heeft mijn familielid de hele dag interessante dingen te doen.	25	7
De medewerkers nemen alle tijd die nodig is om mijn familielid te stimuleren iets voor zichzelf te doen.	37	19
De woonvoorziening biedt activiteiten aan waar mijn familielid graag aan meedoet.	33	24
De medewerkers zijn op de hoogte van de voorgeschiedenis en van eerdere ervaringen van mijn familielid.	42	29
De medewerkers nemen de tijd om te achterhalen wat mijn familielid zelf kan.	36	35

Reflectie

Wanneer we de stellingen waar volgens verzorgenden en familie minder vaak oog voor is in de zorg, vergelijken met de elementen van persoonsgerichte zorg ontstaat het volgende beeld. Volgens de verzorgenden lukt het hen minder vaak bewoners een sociale omgeving (S) te bieden waarin aandacht is voor hun behoefte aan *betrokkenheid en bezig zijn*. Veel van de stellingen in tabel 1.3 zijn gericht op het stimuleren van bewoners om zelf dingen te doen en op het aanbieden van activiteiten die bij hen aansluiten. Daarnaast lijkt het niet altijd te lukken aandacht te besteden aan de behoefte van bewoners om *ergens bij te horen* door samen met hen activiteiten te ondernemen of hen te ondersteunen nieuwe vriendschappen te sluiten. Ten slotte blijkt dat het verzorgenden niet altijd lukt de wereld te begrijpen vanuit het perspectief (P) van de persoon met dementie (reden voor agressie van de bewoner).

De antwoorden van familieleden sluiten nauw aan bij het beeld dat naar voren komt uit hetgeen de verzorgenden zeggen. Ook hieruit blijkt dat het minder vaak lukt een sociale omgeving (S) te creëren waarin aandacht is voor de behoefte van bewoners aan *betrokkenheid en bezig zijn*. Daarnaast blijken medewerkers de achtergrond van bewoners niet altijd te kennen. Dit is een belangrijke voorwaarde voor het bieden van persoonsgerichte zorg, onder andere om individuele begeleiding en zorg te bieden (I), de *identiteit* van iemand met dementie te kunnen blijven erkennen en de wereld te begrijpen vanuit het perspectief van de persoon met dementie (P). Hoewel het belang

van dergelijke elementen de laatste jaren in de ouderenzorg sterk wordt benadrukt, zeker met de komst van het zorgleefplan, is het blijkbaar nog steeds niet eenvoudig voorgeschiedenis, voorkeuren en gewoonten van bewoners goed te kennen en in de dagelijkse zorgverlening te gebruiken. We kunnen dan ook constateren dat er (nog) meer aandacht nodig is om het zorgleefplan te implementeren en om medewerkers te begeleiden bij het daadwerkelijk gebruiken van de verzamelde informatie in de dagelijkse praktijk.

Verder is het opvallend dat verzorgenden zelf bijna altijd te kennen geven dat zij erin slagen zorg te bieden die is afgestemd op het individu (zie tabel 1.1), terwijl de familie van mening is dat zij niet altijd op de hoogte zijn van de voorgeschiedenis van bewoners en niet altijd de tijd nemen om te achterhalen wat iemand nog zelf kan. Er zijn verschillende verklaringen denkbaar voor deze ogenschijnlijk tegenstrijdige bevinding. Het kan zijn dat verzorgenden de mate waarin zij erin slagen op het individu afgestemde zorg te verlenen, overschatten. Maar het is ook mogelijk dat verzorgenden vooral afgaan op hun observaties van wat de persoon met dementie in de huidige situatie belangrijk vindt en hun zorg op die informatie afstemmen. Beide aspecten, kennis van iemands voorgeschiedenis, persoonlijkheid, voorkeuren en afkerigheden aan de ene kant en elke dag weer goed kijken naar iemands huidige behoeften aan de andere kant, zijn van belang om goede zorg te verlenen die op het individu is afgestemd.

2 Een zinvolle dag

Welke bezigheden gaan samen met welbevinden?	Welke positieve bezigheden komen relatief weinig voor?	Wat draagt bij aan een zinvolle dag?
• Een praatje maken en eten.	• Huishoudelijke activiteiten.	• Meer kenmerken van kleinschalige zorg.
• Intellectuele, creatieve en sportieve activiteiten.	• Praten over vroeger (reminisceren).	• Een meer eenduidige visie.
• Plezier maken, een spelletje doen.	• Creatieve activiteiten.	• Meer inzet van leiding-gevenden.
• Praten over vroeger (reminisceren).	• Sportieve activiteiten.	• Jongere leeftijd van verzorgenden.
• Huishoudelijke activiteiten.		• Meer verzorgenden die langer dan twee jaar in de woonvoorziening werken
• Tv kijken of muziek luisteren.		

Voor mensen met dementie is het belangrijk iets om handen te hebben. Zij verliezen immers in toenemende mate de grip op het leven en het wordt hen steeds minder duidelijk waar zij zich bevinden en wie de mensen in hun omgeving zijn. Activiteiten kunnen de interactie met anderen bevorderen en zorgen voor ontspanning, plezier en creativiteit. Ook tonen activiteiten – wanneer zij tenminste zijn afgestemd op de vermogens van de persoon met dementie – dat iemand nog dingen kan en zelfs iets kan bijdragen dat positief is voor zijn of haar zelfbeeld[43].

Het belang van activiteiten bleek al uit de eerdere meetronden van de Monitor Woonvormen Dementie. Zo vonden we dat het aantal activiteiten waarbij bewoners in de voorbije drie dagen waren betrokken, sterk samenhing met een betere kwaliteit van leven[41]. Ook observaties in huiskamers van mensen met dementie in enkele woonvoorzieningen lieten zien dat betrokkenheid van bewoners bij activiteiten een belangrijke succesfactor is voor goede dementiezorg[3]. Het positieve effect van activiteiten op mensen met dementie is behalve door de Monitor ook door anderen aangetoond[46,47].

De manier waarop betrokkenheid bij activiteiten of bezigheden tot nu toe in de Monitor gemeten is (door aan verzorgenden te vragen hoe vaak dit in de drie dagen voorafgaande aan de meting was gebeurd), levert echter nog geen harde gegevens op over hoe vaak bewoners nu werkelijk bij activiteiten betrokken worden. En de observaties die in de huiskamers zijn gedaan, hebben maar bij tien woonvoorzieningen plaatsgevonden. In deze meetronde hebben we daarom zorgmedewerkers na een korte uitleg en instructie gevraagd om gedurende hun dienst voor twee bewoners elk uur op een lijst met bezigheden aan te vinken wat zij aan het doen waren, hoe aandachtig zij hiermee

bezig waren en hoe hun stemming was. Dit hebben de zorgmedewerkers tijdens drie diensten gedaan. In totaal zijn zo gegevens verkregen over de bezigheden van 172 bewoners, op 24 verschillende momenten verdeeld over drie dagen.

In dit hoofdstuk geven we, aan de hand van de bevindingen voor deze 172 bewoners, antwoord op de volgende vragen:

- Hoe hangen de bezigheden van de bewoners samen met hun welbevinden?
- Hoe vaak zijn verschillende bezigheden bij de bewoners geobserveerd?
- Is er een verband tussen bijvoorbeeld de organisatie van de zorg en de mate waarin bewoners bezigheden hebben?

Bezigheden van bewoners met dementie: welbevinden, typen en aantallen

Dragen bezigheden bij aan het welbevinden van bewoners met dementie?

Een aantal bezigheden blijkt vaak samen te gaan met een positief welbevinden. Dit geldt met name voor eten en drinken, een praatje maken, creatieve activiteiten, praten over vroeger (reminisceren), intellectuele en sportieve bezigheden, plezier maken en huishoudelijke activiteiten. Bij tv kijken of muziek luisteren zien we in mindere mate een relatie met positief welbevinden.

Er zijn ook gedragingen die vaak een negatief effect hebben op welbevinden. Dit zijn teruggetrokken en in zichzelf gekeerd zijn, roepen of praten zonder dat iemand reageert en algemene dagelijkse levensverrichtingen. Lopen, uiterlijke verzorging en in zichzelf praten zijn in mindere mate met negatief welbevinden verbonden.

Ook hebben we gekeken of de mate waarin bewoners een bezigheid met aandacht doen van invloed is op hun welbevinden. Bij een aantal bezigheden die samenhingen met positief welbevinden, constateerden we dat dit effect sterker was wanneer bewoners hun aandacht erbij hadden. Het (beperkte) positieve effect van tv kijken of muziek luisteren blijkt bijvoorbeeld sterker wanneer iemand dit met aandacht doet. Dit geldt ook voor een praatje maken.

Hoe vaak zijn de verschillende bezigheden bij de bewoners met dementie geobserveerd?

Uit tabel 2.1 blijkt dat zorgmedewerkers de volgende bezigheden of gedragingen het vaakst geobserveerd hebben gedurende de dag: knikkebollen, slapen of soezen (24%), eten en drinken (24%) en een praatje maken (22%). Ook kijken bewoners een vrij groot deel van de geobserveerde momenten aandachtig rond zonder ergens bij betrokken te zijn (14%). Een aantal bezigheden die dikwijls samengaan met positief welbevinden, kwamen relatief weinig voor: huishoudelijke activiteiten (4%), reminisceren (3%), creatieve activiteiten (3%) en sportieve activiteiten (1%).

Tabel 2.1: Samenhang van bezigheden met welbevinden en percentage van de bezigheden gedurende de dag (n=4008).

Bezigheid	Samenhang welbevinden[1]	%
Eten en drinken.	+++	24.3
Knikkebollen, slapen, soezen.		24.3
Praatje maken.	+++	21.9
Aandachtig rondkijken, maar zelf niets ondernemen.		14.2
Tv kijken of muziek luisteren.	+	8.6
Lopen.	-	7.3
Intellectuele activiteiten, zoals tijdschrift lezen of puzzels maken.	+++	6.1
Teruggetrokken, in zichzelf gekeerd zijn.	---	5.8
Iets met zintuigen, zoals met de handen frummelen, peuteren.		5.6
Plezier maken, van iets genieten, spelletje doen.	+++	5.2
Bezig zijn met voorwerp zoals een tasje, knuffel, servet.		4.3
Uiterlijke verzorging zoals haren kammen, make-up.	-	4.2
Huishoudelijke activiteiten zoals afwassen, afdrogen, koken.	+++	4.1
In zichzelf praten, praten tegen iemand die er niet is.	--	3.4
Bezig zijn met vroeger (reminiscentie), bijvoorbeeld over het verleden praten.	+++	3.2
Creatieve activiteiten zoals tekenen, handwerken of zingen.	+++	2.7
Algemene dagelijkse levensverrichtingen.	---	1.9
Roepen of praten zonder dat iemand reageert.	---	1.2
Sportieve activiteit zoals oefeningen doen.	+++	1.0
Religieuze activiteiten.		0.8

1 De plusjes en minnetjes geven aan of de bezigheid significant samengaat met een positief (+) of negatief (-) welbevinden. Hoe meer plusjes of minnetjes, hoe significanter de bevinding is.

Reflectie

Een aantal bezigheden die vaak van invloed zijn op positief welbevinden, zoals interactie met anderen en eten en drinken, bleken relatief veel voor te komen. Bij andere bezigheden met een positieve invloed, zoals huishoudelijke activiteiten, reminisceren, creatieve en sportieve activiteiten, was dit veel minder het geval.

De resultaten laten zien dat er, ondanks de positieve trend die we beschreven in hoofdstuk 6 van het eerste deel van deze uitgave, nog ruimte is voor verbetering als het gaat

om het betrekken van bewoners bij zinvolle bezigheden. Tweederde van de geobserveerde bezigheden met een positief effect op het welbevinden had betrekking op eten en drinken en op sociale interactie (een praatje maken). Bewoners vaker bij bezigheden betrekken die dikwijls een positief effect hebben op het welbevinden maar betrekkelijk weinig voorkomen, biedt waarschijnlijk de beste kans op verbetering. We gaan hier nader in op twee van dergelijke bezigheden: huishoudelijke activiteiten en reminisceren.

Bewoners betrekken bij huishoudelijke bezigheden, zo zagen we in eerder onderzoek van de Monitor Woonvormen Dementie[48], gebeurt vaker wanneer een woonvoorziening meer kenmerken van kleinschalige zorg vertoont. Een kleinschaliger omgeving geeft bewoners waarschijnlijk meer kans om ingeschakeld te worden bij dit type bezigheden. Meer kenmerken van kleinschalige zorg integreren kan daarom in huizen waar bewoners nog weinig bij huishoudelijke activiteiten betrokken worden, de kans hierop vergroten en hen zo het gevoel geven deel uit te maken van een normaal huishouden. Beide aspecten hebben waarschijnlijk een positieve uitwerking op het welbevinden van mensen met dementie in woonvoorzieningen. Uiteraard vergt dit ook een andere aanpak van medewerkers en hiervoor is ook aandacht nodig.

Het is de kunst juist kleine bijdragen aan het huishouden na te streven en niet te grote eisen te stellen aan de betrokkenheid van bewoners. Met het vorderen van de dementie ligt het bijvoorbeeld niet altijd voor de hand dat bewoners de tafel helemaal dekken of ja zeggen op de vraag of zij een cake willen helpen bakken. Maar als deze huishoudelijke activiteiten kleiner worden gemaakt en een persoon met dementie bijvoorbeeld alleen gestimuleerd wordt zijn eigen bord en bestek op tafel te zetten of bij het bakken van de cake alleen even de mixer te hanteren, krijgt zo iemand toch de kans zich betrokken te voelen.

Dat reminisceren slechts weinig wordt geobserveerd, hangt mogelijk nauw samen met de bevinding uit het vorige hoofdstuk dat medewerkers de achtergrond van bewoners niet altijd lijken te kennen. En dat is juist een belangrijke randvoorwaarde om gesprekken met hen te kunnen voeren over hun verleden. Uit deze bevindingen blijkt nogmaals hoe belangrijk het is om in de zorg voor mensen met dementie de persoon achter de ziekte echt te leren kennen. Het is dan ook gewenst extra aandacht te besteden aan het verwerven en gebruiken van informatie over de identiteit van bewoners.

Ten slotte zagen we dat tv kijken of naar de radio luisteren vooral een positief effect had op het welbevinden wanneer bewoners hier ook aandacht voor hadden. Dit wijst erop dat het belangrijk is deze passievere bezigheden bewust en gericht aan te bieden, zodat bewoners er echt bij betrokken kunnen raken. Alleen de tv of de radio aanzetten is waarschijnlijk onvoldoende: de kans is groot dat het gebodene dan langs de bewoners heengaat of mogelijk zelfs een nadelige invloed op hen heeft als er op dat moment in de huiskamer te veel andere prikkels zijn.

De bevindingen van deze studie komen sterk overeen met wat eerder in de Monitor Woonvormen Dementie werd vastgesteld op basis van observaties met Dementia Care Mapping[49] en ander onderzoek: bezigheden als huishoudelijke taken, reminisceren, creatieve en sportieve activiteiten hebben vaak een positieve invloed op het welbevinden van bewoners maar komen relatief weinig voor. Dat met de nieuw ontwikkelden observatiemethode soortgelijke resultaten worden gevonden geeft een eerste indicatie dat deze methodiek in de praktijk toepasbaar is en mogelijk valide resultaten oplevert. Nader onderzoek is echter nodig om dit verder te bepalen.

Een positieve bijkomstigheid van het gebruik van de nu gebruikte methode is dat de verzorgenden door de observaties meer oog hadden voor wat bewoners aan het doen waren en konden zien of dit van invloed was op hun welbevinden. Dit kan mogelijk helpen verzorgenden bewuster te maken van het belang van zinvolle bezigheden voor het welbevinden van bewoners. Uiteraard kunnen bezigheden wisselende effecten hebben op het welbevinden van individuele personen. Door bewust te kijken naar wat mensen met dementie doen en hoe zij zich hierbij voelen, krijgen verzorgenden aanknopingspunten om werkelijk een zinvolle dag voor individuele bewoners te creëren.

Wat draagt bij aan zinvolle bezigheden voor bewoners?

In deze deelstudie hebben we ook gekeken welke kenmerken van de zorgorganisatie, de personele bezetting en de medewerkers van invloed zijn op het aantal geobserveerde bezigheden die vaak samenhangen met positief welbevinden.



Het aantal geobserveerde bezigheden die vaak een positief effect hebben op welbevinden, blijkt samen te hangen met enkele kenmerken van de woonvoorziening. Hoe meer kenmerken van kleinschalige zorg aanwezig zijn, hoe eenduidiger de visie is, hoe meer inzet van leidinggevenden er is, hoe jonger de verzorgenden gemiddeld zijn en hoe meer verzorgenden langer dan twee jaar in de woonvoorziening werken, hoe meer bezigheden die dikwijls het welbevinden van bewoners positief beïnvloeden.

Reflectie

Dat er een samenhang is tussen meer kenmerken van kleinschalige zorg in een woonvoorziening en meer bezigheden die een positief effect hebben op welbevinden, komt overeen met eerdere bevindingen van de Monitor[48]. Verder blijkt uit deze meetronde dat meer eenduidigheid in zorgvisie ook van invloed is op de frequentie van dergelijke bezigheden. Wanneer er meer overeenstemming is over de visie, zullen er weinig meningsverschillen zijn over bijvoorbeeld persoonlijke aandacht voor de bewoners, inspelen op individuele wensen en meegaan in het dagritme van mensen met dementie. Dit schept waarschijnlijk een omgeving waarin bewoners meer kans hebben betrokken te raken bij bezigheden die een positieve invloed kunnen hebben op hun welbevinden. Daarnaast zien we dat meer inzet van leidinggevenden van invloed is, maar het is gissen wat deze relatie precies verklaart. Tot slot blijken twee kenmerken van het verzorgend personeel, namelijk de hoeveelheid medewerkers die al langer in de woonvoorziening werkt en de leeftijd van de verzorgenden, van invloed op de frequentie van activiteiten met een positief effect op welbevinden. Het eerste valt te verklaren doordat de kans groter is dat verzorgenden die al langer in de woonvoorziening werken de bewoners goed kennen en weten welke bezigheden bij hen aansluiten en hoe zij hen hierbij kunnen betrekken. Wat het effect van een wat lagere gemiddelde leeftijd zou kunnen zijn, is nog onduidelijk.

De uitkomsten van deze studie suggereren dat wanneer woonvoorzieningen de betrokkenheid van bewoners bij bezigheden met een positieve invloed op hun welbevinden willen vergroten, zij er goed aan doen na te gaan hoe zij de zorg kleinschaliger kunnen organiseren en hoe eenduidig de visie van medewerkers op de zorg is. Ook lijkt het van belang ernaar te streven dat een vaste en stabiele groep medewerkers verantwoordelijk is voor de zorg aan bewoners met dementie.

3 Betrokkenheid van familie

Hoe staat het ervoor?	Hoe staat het ervoor?	Hangen beleid, ervaringen van familieleden en stimulering door verzorgenden samen?
Zeggenschap	Activiteiten ondernemen	
• Ongeveer de helft van de woonvoorzieningen zegt dat het beleid is samen met familie de gang van zaken binnen de woonvoorziening te bepalen.	• Woonvoorzieningen verplichten familie niet om taken op zich te nemen of activiteiten te ondernemen, de helft stimuleert dit wel.	• Geen samenhang van beleid met de mate waarin familie zich partner in zorg voelt, zijn mening geeft of een bijdrage levert.
• Iets minder dan de helft van de verzorgenden vindt ook dat zij samen met familie de gang van zaken binnen de woonvoorziening bepalen.	• Verzorgenden zeggen familieleden vooral te stimuleren activiteiten met hun naaste te ondernemen, veel minder met andere bewoners of op afgesproken tijden.	• Geen samenhang van beleid met de mate waarin verzorgenden familie stimuleren betrokken te zijn of activiteiten te ondernemen.
• Driekwart van de familie zegt zeggenschap te hebben over de zorg die hun familielid krijgt.	• Slechts een kwart van de familieleden voelt zich gestimuleerd om activiteiten met hun naaste te ondernemen, nog niet 1 op de 10 om dit te doen met andere bewoners of op afgesproken tijden.	
• Familieleden geven niet vaak ongevraagd hun mening over de zorg of de gang van zaken in de woonvoorziening.		

Nog tot in de jaren negentig overheerste bij zorginstellingen de gedachte dat familieleden slechts in beperkte mate betrokken dienden te worden bij de zorg voor hun naaste. Familie kon op gezette tijden op bezoek komen, maar de zorginstellingen namen de zorg voor de persoon met dementie over. Tegenwoordig weet men dat familieleden na opname vaak nog actief betrokken willen blijven bij de zorg voor hun verwant en ziet men steeds meer in dat dit bijdraagt aan de kwaliteit van de geboden zorg en de kwaliteit van leven van bewoners. Maar tegelijkertijd worstelen veel woonvoorzieningen nog met de invulling van de rol van familie in de zorg (familieparticipatie).

De toenemende aandacht voor de rol van familie in de intramurale zorg komt op verschillende manieren naar voren. Zorgorganisaties en overheid zien betrokkenheid van familieleden als vorm van kwaliteitsverbetering; zorgmedewerkers en familieleden worden steeds meer ‘partners in zorg’, waarbij de familie een belangrijke rol vervult als vertegenwoordiger van de persoon met dementie en ook zeggenschap heeft in de geboden zorg. Daarnaast beseft men dat de familie een belangrijkere bijdrage zal moeten gaan leveren aan het reilen en zeilen van een woonvoorziening, omdat het aandeel van de professionele zorg in de toekomst niet meer toereikend zal zijn om in alle zorgbehoeften van bewoners te voorzien[3].

Ook in de kwalitatieve studie van de Monitor Woonvormen Dementie[3] kwam een goede samenwerking met de familie naar voren als een factor die bijdraagt aan het succes van een woonvoorziening voor mensen met dementie. Toch bleek er nog een grote variatie tussen huizen te bestaan in de structurele bijdrage die familie levert. Samen met de deelnemende woonvoorzieningen vroegen wij ons af waar deze variatie aan toe te schrijven was. Kwam het doordat het in sommige huizen geen onderdeel van het beleid was om familie bij de woonvoorziening te betrekken? Heeft beleid überhaupt effect op de inzet van familie, voeren verzorgenden het ook uit en ervaart de familie dit dan ook? Op deze vragen proberen we in dit hoofdstuk een antwoord te vinden. Twee vormen van betrokkenheid van familieleden staan hierbij centraal: *zeggenschap en activiteiten ondernemen.*

Met zeggenschap bedoelen we hier de betrokkenheid van de familie bij de invulling van de zorg, de begeleiding en behandeling van hun naaste en de algemene gang van zaken in de woonvoorziening. Activiteiten ondernemen beperkt zich niet tot wat familieleden met hun eigen naaste doen, maar omvat ook bezigheden met andere bewoners ondernemen of op afgesproken tijden meehelpen in de woonvoorziening.

Voor beide vormen van betrokkenheid beschrijven we in hoeverre het beleid is in de woonvoorziening dat familie gestimuleerd wordt en wat het perspectief hierop is van verzorgenden en familieleden (in hoeverre stimuleren verzorgenden betrokkenheid van de familie en hoe ervaren familieleden dit?). Interessant is om te kijken of deze perspectieven met elkaar en met andere uitkomsten samenhangen (zoals de bijdrage die de familie levert en het welbevinden van het verzorgend personeel). De vragenlijsten die zijn gebruikt om de verschillende perspectieven in kaart te brengen zijn tijdens deze meetronde van de Monitor ontwikkeld.

Zeggenschap: hoe staat het ervoor?

Beleid

Tabel 3.1 laat zien dat bijna alle deelnemende woonvoorzieningen (98%) zeggen dat het binnen de woonvoorziening beleid is om samen met familie invulling te geven aan de zorg en de begeleiding en behandeling van bewoners en om familieleden te stimuleren deze rol op zich te nemen. Volgens iets meer dan de helft (52%) van de woonvoorzieningen is het beleid om de gang van zaken binnen de woonvoorziening samen met familie te bepalen en om familieleden te stimuleren deze rol op zich te nemen.

Tabel 3.1: Beleid in woonvoorzieningen m.b.t. zeggenschap van familie volgens de manager.

Type beleid	% Ja	% Nee
Is het beleid of de afspraak dat jullie samen met de familie invulling geven aan de zorg, begeleiding en behandeling van de bewoners en jullie familie stimuleren deze rol op zich te nemen?	98	2
Is het beleid dat woonvoorzieningen samen met familie de gang van zaken binnen de woonvoorziening bepalen en stimuleren zij familie om deze rol op zich te nemen?	52	48

Mening, inzet en ervaring van familie

Achttien procent van de familieleden zegt vaak uit zichzelf zijn mening te geven over de zorg, behandeling of begeleiding van hun naaste of zelf met voorstellen te komen. Ongeveer 12% van de familieleden geeft uit zichzelf zijn mening over de algemene gang van zaken of over het beleid van de woonvoorziening.

Tabel 3.2: Gemiddeld percentage familieleden binnen de woonvoorzieningen dat vaak (on) gevraagd hun mening geeft.

Mening geven	% Vaak
Familieleden die vaak uit zichzelf hun mening geven over de zorg, behandeling of begeleiding van hun naaste of zelf met voorstellen komen.	18
Familieleden die vaak uit zichzelf hun mening geven over de algemene gang van zaken of het beleid binnen de woonvoorziening.	12

In hoofdstuk zeven van het eerste deel van deze publicatie zagen we dat het aantal minuten dat familieleden van bewoners een bijdrage leveren binnen de woonvoorziening is toegenomen en dat dit ook geldt voor de mate waarin zij zich partner in de zorg voelen. Op dit moment is de inzet van familieleden in de deelnemende woonvoorzieningen gemiddeld 52.8 minuten per week per bewoner. Tabel 3.3 geeft in meer detail weer hoe familieleden partnerschap in zorg ervaren.

Tabel 3.3: Gemiddeld percentage familieleden binnen de woonvoorzieningen dat het eens is met de 15 stellingen over partnerschap in zorg.

	Partnerschap in zorg	% Vaak
1	Ik heb het gevoel dat ik voorzichtig moet zijn met suggesties of vragen over de zorg voor mijn familielid, omdat de medewerkers anders denken dat ik mij met hun zaken bemoei.	11
2	Ik voel me een buitenstaander in de zorg voor mijn familielid.	7
3	Ik heb het gevoel dat ik zeggenschap heb over de zorg die mijn familielid krijgt.	74
4	Ik heb het gevoel dat mijn familielid niet wordt verzorgd zoals ik het wil als ik er niet ben.	12
5	De medewerkers luisteren naar mijn aanwijzingen over de zorg voor mijn familielid, maar negeren deze als het hun uitkomt.	16
6	Het is duidelijk dat de medewerkers uiteindelijk bepalen welke zorg wordt verleend en op welke manier.	46
7	Ik heb het gevoel dat de medewerkers er zijn om mij te helpen mijn familielid de best mogelijke zorg te geven.	80
8	Dingen die ik belangrijk vind in de zorg voor mijn familielid, vinden de medewerkers vaak onbelangrijk of lastig.	12
9	De medewerkers hechten de meeste waarde aan regels, procedures en efficiëntie, terwijl ik de meeste waarde hecht aan het op een persoonlijke manier zorgen voor mijn familielid.	23

	Partnerschap in zorg	% Vaak
10	De medewerkers en ik zijn het doorgaans eens over de prioriteiten in de zorg voor mijn familielid.	87
11	In de zorg voor mijn familielid worden geen grote veranderingen aangebracht zonder mijn goedkeuring.	83
12	De medewerkers willen dat ik alleen bezoeker ben van mijn familielid, terwijl ik betrokken wil zijn bij zijn of haar zorg.	8
13	Wanneer de familie en de medewerkers het niet eens zijn over de zorg, wordt er voor deze meningsverschillen in onderling overleg een oplossing gevonden.	79
14	Ik heb het gevoel dat de communicatie met de medewerkers over de zorg voor mijn familielid ergens toe leidt.	86
15	Over het algemeen heb ik goed contact met de medewerkers.	94

Werkwijze verzorgenden

Van de verzorgenden zegt bijna 45% vaak samen met de familie invulling te geven aan zorg, behandeling en begeleiding van de bewoners en familie te stimuleren deze rol op zich te nemen. Iets minder vaak (41%) geven zij te kennen dat zij samen met de familie de gang van zaken binnen de woonvoorziening bepalen en dat zij familie stimuleren deze rol op zich te nemen.

succesfactoren

Tabel 3.4: Gemiddeld percentage verzorgenden binnen de woonvoorzieningen dat aangeeft vaak samen met de familie de zorg of de gang van zaken te bepalen en deze rol van familie te stimuleren.

Perspectief verzorgenden	% Vaak
Ik geef samen met familie invulling aan de zorg, begeleiding en behandeling van de bewoners en ik stimuleer de familie deze rol op zich te nemen.	45
Wij bepalen samen met familie de gang van zaken binnen de woonvoorziening en stimuleren de familie om deze rol op zich te nemen.	41

Zeggenschap: Samenhang tussen beleid, mening, inzet en ervaring van familieleden en werkwijze van verzorgenden

Is er een samenhang tussen het beleid m.b.t zeggenschap van familie in de algemene gang van zaken in de woonvoorziening, de mate waarin verzorgenden het idee hebben de gang van zaken samen met familie te bepalen en de mate waarin familieleden hun mening geven, participeren in de woonvoorziening en zich partner in de zorg voelen? Over het geheel genomen is het antwoord op deze vraag 'nee'.

Vergelijken we bijvoorbeeld de woonvoorzieningen waar het beleid is de gang van zaken samen met familie te bepalen en familieleden gestimuleerd worden deze rol op zich te nemen met woonvoorzieningen waar dit niet het geval is, dan zien we dat:

- Familieleden zich in deze woonvoorzieningen niet vaker partner in zorg voelen.
- Familieleden niet vaker uit zichzelf hun mening geven over de algemene gang van zaken in de woonvoorziening.

- Familieleden niet meer uren per week een bijdrage leveren aan de woonvoorziening.
- Verzorgenden niet vaker het idee hebben samen met familie de gang van zaken te bepalen en familie hiertoe te stimuleren.

Daarnaast blijkt er geen samenhang te zijn tussen het feit dat verzorgenden vaker het idee hebben samen met familie de gang van zaken te bepalen en het feit dat familieleden meer uit zichzelf hun mening geven.

Activiteiten ondernemen: Hoe staat het ervoor?

Beleid

Tabel 3.5 laat zien dat geen van de deelnemende woonvoorzieningen familieleden verplicht om op afgesproken tijden activiteiten te ondernemen of taken op zich te nemen. Wel is er een aantal woonvoorzieningen dat familie stimuleert dit zo te doen (13%).

Het meest (46%) stimuleren woonvoorzieningen familieleden alleen om ad hoc en zonder verplichtingen activiteiten te ondernemen of iets te doen, hetzij alleen met hun naaste, hetzij ook met andere bewoners. In 24% van de woonvoorzieningen laat men het volledig aan de familie over of zij activiteiten onderneemt of taken op zich neemt en stimuleert men dit niet actief. Een tweetal woonvoorzieningen wil liever niet dat familieleden iets met andere bewoners ondernemen.

Tabel 3.5: Het beleid van de deelnemende woonvoorzieningen, volgens de manager, om familie te stimuleren activiteiten binnen de woonvoorziening te ondernemen.

Type beleid	% Ja
Wij verplichten de familie om op afgesproken tijden activiteiten of taken op zich te nemen.	0
Wij stimuleren de familie om op vaste, afgesproken tijden activiteiten of taken op zich te nemen. Dit is niet verplicht.	13
Wij stimuleren familie om activiteiten met hun naaste, maar ook met andere bewoners te ondernemen of taken op zich te nemen binnen de woonvoorziening.	46
Wij stimuleren familie alleen om activiteiten met en taken voor hun naaste te ondernemen, niet met andere bewoners.	17
Wij laten het aan familie of zij activiteiten met of taken voor hun naaste onderneemt, ook houden wij het NIET af dat men activiteiten met andere bewoners onderneemt of taken op zich neemt binnen de woonvoorziening.	20
Wij laten het aan familie of zij activiteiten met of taken voor hun naaste onderneemt, maar wij houden het af dat men activiteiten met andere bewoners onderneemt of taken op zich neemt binnen de woonvoorziening.	4

Ervaring van familie en werkwijze van verzorgenden

Zoals in tabel 3.6 te zien is, vindt een kwart van de familieleden dat de woonvoorziening hen vaak stimuleert om activiteiten met hun naaste te ondernemen. Slechts 7% van de familieleden zegt dat de woonvoorziening hen vaak stimuleert om activiteiten met andere bewoners te ondernemen, en 9% van de familieleden voelt zich door

de woonvoorziening vaak gestimuleerd om op afgesproken tijden mee te helpen. Verzorgenden hebben sterker het idee dat zij familieleden stimuleren om activiteiten te ondernemen en om mee te helpen; in alle drie de gevallen ligt het percentage van de verzorgenden hoger dan dat van de familie.

Tabel 3.6: Gemiddeld percentage familieleden binnen de woonvoorzieningen dat aangeeft zich vaak gestimuleerd te voelen om activiteiten te ondernemen en dito percentage verzorgenden dat zegt dit vaak te stimuleren.

Type activiteit	% familie dat zich vaak gestimuleerd voelt	%verzorgenden die vaak stimuleren
Activiteiten met naaste	25	49
Activiteiten met andere bewoners	7	16
Op afgesproken tijden meehelpen	9	21

succesfactoren

Activiteiten ondernemen: samenhang tussen beleid, mening, inzet en ervaring van familie en werkwijze van verzorgenden

In overeenstemming met de bevindingen op het punt van zeggenschap zien we ook bij dit tweede onderdeel van betrokkenheid dat het beleid, de ervaring en de inzet van familieleden en de ervaring van verzorgenden niet met elkaar samenhangen. Allereerst valt op dat de mate waarin familieleden zich gestimuleerd voelen om activiteiten te ondernemen en om mee te helpen niet samenhangt met:

- het beleid dat een woonvoorziening hierin heeft;
- de mate waarin verzorgenden zeggen familie hiertoe te stimuleren;
- het aantal uren dat familie een bijdrage levert in de woonvoorziening.

Daarnaast zien we dat er geen relatie is tussen het beleid van de woonvoorziening en:

- het percentage verzorgenden dat zegt familieleden te stimuleren;
- het aantal uren dat familie een bijdrage levert.

Ten slotte blijkt de mate waarin verzorgenden zeggen familieleden te stimuleren niet van invloed op het aantal uren dat familie in de woonvoorziening meehelpt.

Reflectie

Op het punt van participatie in activiteiten binnen de woonvoorziening zien we eenzelfde beeld als naar voren kwam bij zeggenschap: de meerderheid van de woonvoorzieningen heeft een beleid om familieleden te stimuleren en een aanzienlijk deel van de verzorgenden zegt dit ook te doen, maar familieleden zelf geven in mindere mate te kennen dat zij zich door de woonvoorziening gestimuleerd voelen. Ook blijken het beleid en de mate waarin verzorgenden familie zeggen te stimuleren niet samen te hangen met het

aantal uren dat familieleden een bijdrage leveren. Het beleid van de woonvoorziening lijkt dus weinig invloed te hebben op hoe familieleden dit ervaren en op wat er in de praktijk uiteindelijk plaatsvindt.

Voor deze bevindingen zijn verschillende verklaringen denkbaar. Allereerst is het zo dat veel woonvoorzieningen pas de afgelopen jaren echt werk hebben gemaakt van het ontwikkelen van beleid op het gebied van familieparticipatie en het in de praktijk brengen ervan. Het kan daarom goed zijn dat het beleid nog onvoldoende wortel heeft geschoten in de deelnemende woonvoorzieningen om dit ook terug te zien in bijvoorbeeld het gevoel van partnerschap in de zorg van familieleden en de bijdrage die zij aan het reilen en zeilen van de woonvoorziening leveren. Ook ervaren familieleden ondanks het beleid mogelijk toch nog een drempel om zich in te zetten binnen de woonvoorziening of om hun mening te laten horen. Onduidelijk is ook of familie op de hoogte is van het beleid van de woonvoorziening op dit gebied.

Ten tweede kan het zo zijn dat er op dit punt dikwijls alleen nog sprake is van papieren beleid dat niet echt leeft binnen de woonvoorziening en geen duidelijke aangrijpingspunten biedt voor de dagelijkse praktijk. Eerder bleek uit de verdiepende studie van de Monitor dat papier geduldig is en dat alleen een visie bij lange na niet voldoende is om veranderingen in de praktijk te bewerkstelligen[3]. Het ligt voor de hand dat hetzelfde geldt voor nieuw beleid.

Vragen die opkomen naar aanleiding van deze uitkomsten zijn dan ook: Wordt het beleid wel echt uitgedragen door het management en bijvoorbeeld de teamleiders? Hebben zij echt een duidelijke visie op samenwerken met familie en staan zij er werkelijk achter om familieleden meer bij de zorg te betrekken? Zien zij de meerwaarde voor de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van bewoners? Of komt hun motivatie vooral voort uit de mogelijkheid om via familie compensatie te bieden voor activiteiten waar medewerkers geen tijd voor hebben en geven zij misschien regelmatig de boodschap af dat samenwerken met familie eigenlijk best ingewikkeld is? Hebben medewerkers zicht op het waarom van het beleid? En hoe brengen zij de boodschap van samenwerking en participatie in gesprekken met familieleden ter sprake? Is de boodschap die zij uitdragen 'waarde gestuurd' (gedragen door de visie van de organisatie en de toegevoegde waarde voor de bewoner) of meer 'regel gestuurd' ('zo doen wij dat nou eenmaal hier')?

Het is dan ook de vraag of meer betrokkenheid van familie bij de zorg niet veel meer een cultuurkwestie is dan een zaak van beleid. Zeker omdat de rol van familie in de verpleeghuiszorg tot voor kort zeer beperkt was en dit normaal gevonden werd. Het ligt voor de hand dat er meer nodig is dan alleen beleid om deze cultuurverandering te bewerkstelligen. Ook kan het natuurlijk zo zijn dat andere factoren dan het beleid of de verzorgenden meer invloed hebben op wat familie bijdraagt aan de woonvoorziening.

Denk bijvoorbeeld aan privéomstandigheden. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat familieleden zich wel erg gestimuleerd voelen om mantelzorg te verlenen maar te weinig tijd hebben om dit ook werkelijk te doen.

Ten slotte is het nog de vraag hoe valide de gebruikte vragenlijsten zijn, aangezien we deze speciaal voor de derde meetronde van de Monitor ontwikkeld hebben en zij nog niet eerder zijn gebruikt. Een beperkte validiteit van (een gedeelte van) de vragenlijsten kan mogelijk ook een rol hebben gespeeld in het wel of niet vinden van samenhang tussen de verschillende perspectieven.

4 Terugdringen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca

Vrijheidsbeperkende maatregelen	Psychofarmaca	Samenhang ervaren druk en voorschrijven van middelen
• Bijna 1 op de 10 artsen schrijft deze ingrepen soms onder druk voor.	• Bijna 1 op de 2 artsen schrijft deze middelen soms of vaak onder druk voor.	• Hoe minder eenduidig de visie, des te vaker artsen zich onder druk voelen staan om middelen voor te schrijven.
• Bijna 40% van de artsen zegt dat er altijd eerst andere disciplines of psychosociale interventies worden ingezet.	• Nog geen 1 op de 5 artsen zegt dat er altijd eerst andere disciplines of psychosociale interventies worden ingezet.	• Geen samenhang tussen gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca en tevredenheid met multidisciplinaire samenwerking en behandelaars.
• Eenderde van de artsen vindt dat het gebruik teruggedrongen kan worden binnen de eigen organisatie.	• Driekwart van de artsen vindt dat het gebruik teruggedrongen kan worden binnen de eigen organisatie.	

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen is in de afgelopen periode afgenomen, zo blijkt uit de trends die zijn beschreven in hoofdstuk zes van het eerste deel van deze publicatie. Wel blijven er grote verschillen bestaan tussen de woonvoorzieningen. Zo zijn er voorzieningen die helemaal geen vrijheidsbeperkende maatregelen toepasten op het moment dat de metingen plaatsvonden, maar ook huizen die gemiddeld 0.8 maatregelen per bewoner inzetten.

In tegenstelling tot het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen is het voorschrijven van psychofarmaca niet verminderd. En dat geldt voor alle typen psychofarmaca (slaapmiddelen, benzodiazepines, neuroleptica/antipsychotica en antidepressiva). Hoewel de nadelige effecten voor de bewoners bekend zijn, wijzen de resultaten uit dat psychofarmaca in de praktijk nog altijd dikwijls worden voorgeschreven. Maar ook hier geldt dat er grote verschillen bestaan tussen de deelnemende woonvoorzieningen.

In de Monitor bezagen we eerder wat van invloed kon zijn op het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca. De gevonden factoren boden helaas weinig aanknopingspunten voor mogelijke oplossingen. Om meer zicht te krijgen op de mogelijkheden voor het (verder) terugdringen van het gebruik van deze middelen hebben we in deze meetronde specifiek gekeken naar het perspectief van degene die de middelen voorschrijft, de arts.

Probleemgedrag, tegenwoordig liever 'onbegrepen gedrag' genoemd, is dikwijls de reden om vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca voor te schrijven. Zoals we hebben gezien in hoofdstuk zes van deel één van deze publicatie bestaan er al verschillende richtlijnen voor het omgaan met dergelijk gedrag. Een recent rapport vat de belangrijkste kernelementen hiervan samen30. Bij het omgaan met onbegrepen gedrag is het volgens de richtlijnen en deze kernelementen van groot belang om niet als eerste naar vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca te grijpen, maar om het gedrag te analyseren en psychosociale interventies in te zetten. Om die reden hebben we de voorschrijvende artsen ook specifiek gevraagd of zij eerst andere disciplines inschakelen en of er bij onbegrepen gedrag eerst gewerkt wordt met psychosociale interventies.

In dit hoofdstuk bespreken we eerst het perspectief van de artsen op het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca en op de mogelijkheden die zij zien om het gebruik ervan te verminderen. Vervolgens gaan we na of er factoren zijn die invloed hebben op het voorschrijven van deze middelen. Ten slotte bekijken we of tevredenheid met de behandelaars en de multidisciplinaire samenwerking binnen woonvoorzieningen van invloed is op de mate waarin psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen worden gebruikt.

Door specialisten ouderengeneeskunde ervaren druk

Aan de artsen stelden we de volgende vraag: 'Schrijft u weleens onder druk van anderen vrijheidsbeperkende maatregelen voor bij stemmings- of gedragsproblemen bij de bewoners met dementie terwijl het eigenlijk beter zou zijn om dat niet te doen?' Eenzelfde vraag stelden we over het voorschrijven van psychofarmaca.
Tabel 4.1 laat zien dat van de ondervraagde artsen de helft zegt nooit onder druk van anderen vrijheidsbeperkende maatregelen voor te schrijven en 41% zelden. Geen van hen schrijft vaak onder druk van anderen vrijheidsbeperkende maatregelen voor en 9% soms.

Bij het voorschrijven van psychofarmaca zegt 14% van de artsen vaak onder druk van anderen deze middelen voor te schrijven terwijl zij eigenlijk vinden dat het beter zou zijn om dit niet te doen, en 32% soms.

Tabel 4.1: Druk die artsen ondervinden bij voorschrijven van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca: Schrijft u deze middelen weleens onder druk voor? (n=22).

	Vrijheidsbeperkende maatregelen	Psychofarmaca
% Nooit	50	5
% Zelden	41	50
% Soms	9	32
% Vaak	0	14

Eerst andere disciplines en psychosociale interventies?

Ook vroegen we de artsen: 'Worden er eerst andere disciplines ingeschakeld en psychosociale interventies ingezet voordat u vrijheidsbeperkende maatregelen voorschrijft bij stemmings- of gedragsproblemen bij mensen met dementie.' Een vergelijkbare vraag stelden we over het voorschrijven van psychofarmaca.

Bijna de helft van de ondervraagde artsen (46%) zegt vaak eerst andere disciplines in te schakelen en psychosociale interventies in te zetten voordat vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast bij onbegrepen gedrag of stemmingsproblemen; 36% van de artsen zegt dit altijd te doen, 14% soms, 5% zelden en geen van hen doet dit nooit. Als het gaat om het voorschrijven van psychofarmaca geeft slechts 18% van de artsen te kennen altijd eerst andere disciplines in te schakelen en psychosociale interventies in te zetten voordat psychofarmaca worden voorgeschreven bij onbegrepen gedrag of stemmingsproblemen. Daarentegen zegt 59% dit vaak te doen, 23% soms en 0% zelden of nooit.

Tabel 4.2: Eerst andere disciplines inschakelen en psychosociale interventies inzetten voordat vrijheidsbeperkende maatregelen of psychofarmaca worden voorgeschreven (n=22).

	Vrijheidsbeperkende maatregelen	Psychofarmaca
% Nooit	0	0
% Zelden	5	0
% Soms	14	23
% Vaak	46	59
% Altijd	36	18

Is terugdringen van het gebruik van deze middelen mogelijk en zo ja, hoe?

Om zicht te krijgen op hoe specialisten ouderengeneeskunde denken over verdere vermindering van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca vroegen we hen: 'Vindt u dat binnen uw organisatie het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen over het algemeen verminderd kan worden?' Een vergelijkbare vraag stelden we met betrekking tot psychofarmaca.

Van de artsen vindt tweederde dat vrijheidsbeperkende maatregelen niet verder teruggedrongen kunnen worden bij onbegrepen gedrag of stemmingsproblemen; eenderde vindt van wel. Een tegenovergesteld beeld komt naar voren in het geval van psychofarmaca. Dan denkt bijna 80% van de artsen dat het gebruik ervan verder kan worden verminderd. Bij woonvoorzieningen waar artsen zeggen dat het met minder toe kan, ligt het gebruik van psychofarmaca iets hoger dan in voorzieningen waar de artsen geen verdere mogelijkheid tot terugdringing zien, maar dit verschil is niet significant.

Tabel 4.3: Kan het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen of psychofarmaca bij stemmings- of gedragsproblemen verminderd worden binnen uw organisatie? (n=22).

	Vrijheidsbeperkende maatregelen	Psychofarmaca
% Ja	32	77
% Nee	68	23

Ook is de artsen gevraagd wat er naar hun idee nodig zou zijn om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca binnen hun organisatie te verminderen. In het geval van vrijheidsbeperkende maatregelen werden antwoorden gegeven zoals: meer personeel, meer toezicht, extra scholing van personeel (waarbij specifiek scholing in gedragsverandering werd genoemd), periodieke evaluaties en meer duidelijkheid over mogelijke alternatieven, actief bijhouden van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van domotica, vaker lopen of oefenen onder begeleiding van een fysiotherapeut, meer individuele aandacht, informatie van bewoners en familie gebruiken en tot slot, aanpassing van de woonvoorziening (met name genoemd werd daarbij een rustige, prikkelarme omgeving).

Gevraagd naar wat er nodig zou zijn om in hun organisatie het gebruik van psychofarmaca terug te dringen, gaven de artsen onder andere de volgende suggesties: monitoren en cyclisch evalueren (onder andere bij het voorschrijven altijd een evaluatiedatum opnemen), vaker proberen of men met minder medicatie toe kan, meer multidisciplinaire samenwerking (onder andere met apothekers en met psychologen voor bijvoorbeeld omgangsadviezen). Ook noemden artsen het belang van een adequate woonomgeving (rust, veel licht) en voldoende activiteiten, van scholing van personeel (o.a. in gedragsmatig begeleiden en omgaan met agressie en onrust) en van creatief denken en het gebruik van alternatieven zoals aromatherapie. Tot slot zou volgens de artsen misschien een cultuurverandering nodig zijn, waarbij psychosociale interventies niet alleen in protocollen staan maar actief worden uitgedragen.

Samenhang met door artsen ervaren druk

Om verder zicht te krijgen op factoren die mogelijk samenhangen met het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca, hebben wij onderzocht in hoeverre er een relatie is tussen de druk die artsen ervaren en de eenduidigheid in visie binnen een woonvoorziening, de tevredenheid met de samenwerking binnen het multidisciplinaire team en een persoonsgerichte houding. Eenduidigheid in de visie blijkt van invloed op de mate waarin de arts zich onder druk voelt staan om psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen voor te schrijven. Hoe minder eenduidig de visie, hoe meer druk artsen voelen.

Samenhang tussen gebruik van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen en multidisciplinaire samenwerking

Ten slotte hebben we gekeken of tevredenheid met de samenwerking binnen het multidisciplinaire team en tevredenheid van verzorgenden en familieleden met behandelaars effect heeft op het gebruik van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen. Op deze punten hebben geen significante relatie gevonden.

Reflectie

Dit hoofdstuk laat allereerst zien dat er ook volgens artsen ruimte is voor verbetering in het voorschrijven van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca, met name in het geval van de laatste. In het deel over trends in deze uitgave blijkt dat dit ook nog altijd hard nodig is. Hoewel richtlijnen over onbegrepen gedrag bij dementie allemaal aanbevelen eerst psychosociale interventies te proberen (behalve als er sprake is van een delier of een psychose), gebeurt dit nog altijd niet in elke situatie. Zo zegt bijna een kwart van de artsen dat slechts soms psychosociale interventies worden ingezet voordat naar psychofarmaca wordt gegrepen. Hoe komt dit? Verloopt de multidisciplinaire samenwerking niet goed? Denken artsen dit zelf wel te kunnen zonder hulp van hiervoor opgeleide deskundigen? Zijn er onvoldoende mensen uit andere disciplines, zoals psychologen, beschikbaar om mee te denken en samen met de teams psychosociale interventies in gang te zetten? Is er wel een duidelijk beleid en dito werkwijze bij onbegrepen gedrag van mensen met dementie in de woonvoorziening? Nader onderzoek is nodig om een antwoord te vinden op deze vragen.

Uit onze bevindingen blijkt ook dat eenduidigheid in visie binnen een woonvoorziening van invloed is op de druk die de artsen voelen om psychofarmaca of vrijheidsbeperkende maatregelen voor te schrijven terwijl zij eigenlijk vinden dat het beter zou zijn dit niet te doen. Dit onderstreept eens te meer het belang om in de zorg voor mensen met dementie een duidelijke visie te hebben die een leidraad vormt voor de praktijk. Een duidelijke visie op omgaan met mensen met dementie en met onbegrepen gedrag zorgt er mogelijk voor dat verzorgenden zich meer op één lijn voelen zitten met het beleid en daardoor artsen minder vaak onder druk zullen zetten om vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca voor te schrijven. Ook kan het zijn dat zo'n visie de arts houvast biedt en dat deze zich daardoor minder snel onder druk voelt staan.

Andere mogelijke oplossingen volgens de artsen zijn een adequate woonomgeving en voldoende activiteiten voor de bewoners, deskundigheidsbevordering van medewerkers, meer gebruikmaken van alternatieven en creatiever denken in de verpleeghuiszorg. Ten slotte suggereren de artsen dat er misschien een cultuurverandering nodig is om de toepassing van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen.

Slotbeschouwing

In de derde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie is onderzocht welke veranderingen er in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie hebben plaatsgevonden gedurende de periode 2008-2014. We hebben gekeken naar de organisatie van de zorg, de kenmerken en de zorgzwaarte van bewoners, de personele bezetting, het domoticagebruik, het welbevinden van het personeel, de kwaliteit van zorg, de inzet van informele zorg en de kwaliteit van leven van bewoners. Daarnaast hebben we vier thema's die momenteel spelen in de dementiezorg nader onder de loep genomen. Drie van deze thema's zijn gerelateerd aan de eerder in de Monitor gevonden factoren die bijdragen aan het succes van een woonvoorziening voor mensen met dementie: persoonsgerichte zorg, een zinvolle dag voor bewoners en betrokkenheid van familie. Het vierde thema is het terugdringen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca.

Positieve trends

De bevindingen van de Monitor Woonvormen Dementie laten een aantal positieve veranderingen zien over de afgelopen zes jaar.

Afname van vrijheidsbeperkende maatregelen

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is aanzienlijk afgenomen, van ruim 1 maatregel op 2 bewoners in 2008 naar minder dan 1 op 3 bewoners in 2014. Bedhekken worden veruit het meest toegepast, maar het gebruik ervan is in de afgelopen jaren aanzienlijk afgenomen, evenals dat van verpleegdekens en onrustbanden. In 73% van de woonvoorzieningen bleken ten tijde van de derde meetronde helemaal geen onrustbanden meer te worden gebruikt; 84% maakte geen gebruik meer van verpleegdekens. Dit is een belangrijke verbetering in de kwaliteit van de dementiezorg en de inspanningen van de laatste jaren lijken dan ook hun vruchten af te werpen, al is er ook nog altijd ruimte voor verbetering. Nog steeds zijn er immers woonvoorzieningen die wel vrijheidsbeperkende maatregelen, waaronder onrustbanden, inzetten. Uit hoofdstuk vier van het tweede deel van deze uitgave kwam naar voren dat bijna eenderde van de bevraagde artsen van mening was dat het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen hun zorgorganisatie nog verder verminderd kon worden.

Een goede en zorgvuldige manier om onbegrepen gedrag van bewoners met dementie te hanteren kan hieraan bijdragen[30]. Volgens de kernelementen van goed omgaan met onbegrepen gedrag moet de focus liggen op het begrijpen van de oorzaken van dit gedrag. Daarmee krijgen zorgverleners de instrumenten in handen om dergelijk gedrag te voorkomen of te verminderen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg zal hieraan de

komende jaren meer aandacht besteden tijdens inspectiebezoeken en ook de op handen zijnde Wet zorg en dwang en initiatieven als het waarborgzegel Fixatievrije Zorginstelling kunnen eraan bijdragen om vrijheidsbeperkende maatregelen nog verder terug te dringen. Ten slotte strekt het tot aanbeveling dat woonvoorzieningen zelf nagaan hoe zij hoe het gebruik van vrijheidsbeperking kunnen voorkomen en hiervoor beleid ontwikkelen. Een volgende meetronde van de Monitor kan inzicht bieden in hoeverre Nederland erin slaagt het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen nog verder te verminderen.

Bewoners worden meer betrokken bij activiteiten

Bewoners worden betrokken bij een grotere variatie aan activiteiten. Ook dit kan gezien worden als een kwaliteitsverbetering van de dementiezorg, omdat onder meer uit eerder onderzoek in het kader van de Monitor Woonvormen Dementie[2,49] het belang van activiteiten voor de kwaliteit van leven van mensen met dementie is aangetoond. De daginvulling van bewoners met dementie in de verpleeghuiszorg is in deze derde meetronde van de Monitor verder uitgediept. Verderop in deze slotbeschouwing staan we nader bij dit onderwerp stil.

Medewerkers hebben vaker een persoonsgerichte houding

De persoonsgerichte houding van verzorgenden tegenover mensen met dementie (d.w.z. mensen als volwaardig persoon blijven zien, ondanks geheugenproblemen of andere beperkingen), is in de onderzoeksperiode groter geworden. Omdat een persoonsgerichtere benadering van mensen met dementie wereldwijd als prioriteit wordt gezien om de dementiezorg verder te verbeteren[21,34], is dit een belangrijke trend. Mogelijk heeft de toegenomen aandacht voor de achtergrond en de levensgeschiedenis van bewoners, onder andere in het zorgleefplan, hieraan bijgedragen. Toch is er op dit punt nog veel winst te behalen. Medewerkers blijken nog altijd slechts in beperkte mate gesprekken met bewoners te voeren waaruit naar voren komt dat zij hun verleden kennen en hun identiteit versterken (hoofdstuk 2, deel 2); ook zeggen familieleden dat medewerkers vaak niet op de hoogte zijn van de voorgeschiedenis van hun naaste (hoofdstuk 1, deel 2). Uit eerdere metingen van de Monitor weten we bovendien dat wanneer medewerkers op een vragenlijst aangeven persoonsgericht te werken of een persoonsgerichte houding te hebben, observaties in de praktijk laten zien dat er nog veel ruimte is voor verbetering in hun daadwerkelijke gedrag[35]. Ook dit thema hebben we in deze meetronde verder uitgediept. Op de uitkomsten komen we later in de slotbeschouwing terug.

Meer partnerschap van familie in de zorg en grotere inzet van familieleden

Familieleden voelen zich vaker partner in de zorg voor hun naaste en de mate waarin zij een structurele bijdrage leveren binnen de woonvoorziening, bijvoorbeeld door een spelletje met bewoners te doen of te helpen met koken, is toegenomen: van ongeveer twintig minuten naar bijna een uur per bewoner per week. Tegelijkertijd zien we dat de zorgbelasting die familieleden ervaren, niet is toegenomen.

Vooral opvallend is dat familieleden in vergelijking met 2011, de eerste keer dat we familie bevroegen, in 2013 nog minder vaak het gevoel hadden voorzichtig te moeten zijn met suggesties of vragen over de zorg voor hun familielid, omdat medewerkers anders zouden denken dat zij zich met hun zaken bemoeien. Ook hebben zij minder vaak het idee dat het de medewerkers zijn die uiteindelijk bepalen welke zorg wordt verleend en op welke manier en dat zij hierover weinig te zeggen hebben.

Dit is een belangrijke positieve trend die sterk kan bijdragen aan een verdere kwaliteits-verbetering van de dementiezorg, omdat uit de Monitor eerder is gebleken dat betrok-kenheid van familie bij de zorg belangrijke kansen biedt om kwaliteitszorg te verlenen. De geconstateerde trend sluit bovendien naadloos aan bij het overheidsbeleid van de afgelopen jaren om mantelzorg een vastere plaats te geven in de zorg. Aangezien ook familie betrekken bij de zorg momenteel in veel zorgorganisaties een actueel onderwerp is, hebben we dit eveneens verder uitgediept in deze meetronde. Ook op dit thema komen we later in deze slotbeschouwing terug.

De inzet van vrijwilligers neemt toe

Ook de inzet van vrijwilligers is aanzienlijk toegenomen over de afgelopen zes jaar: van drie kwartier in 2008 naar vijfkwartier per bewoner per week in 2013. Dit sluit aan bij de toegenomen aandacht voor de bijdrage van informele zorgverleners en is een positieve trend te noemen aangezien de studie naar succesfactoren van de Monitor liet zien dat de inzet van vrijwilligers kansen biedt. In de vorige meetronde zag een deel van de woonvoorzieningen vrijwilligers alleen nog als 'extraatje' en was men terughoudend met structurele inzet van vrijwilligers. Het lijkt erop dat hierin verandering komt.

Betere kwaliteit van leven

Het uiteindelijke doel van verpleeghuiszorg voor mensen met dementie is om de levenskwaliteit van bewoners te verbeteren of op zijn minst op peil te houden. In de Monitor is gekeken naar verschillende domeinen van die kwaliteit van leven. Over het geheel genomen is op bijna de helft van de gemeten domeinen een verbetering te zien. Er is over het algemeen minder sprake van negatief affect en rusteloos gedrag en meer van positief affect (positieve gemoedstoestand). Ook hebben bewoners vaker iets om handen. Mogelijk beginnen de inspanningen van de afgelopen decennia die veelal gerelateerd zijn aan een persoonsgerichtere invulling van de zorg hun vruchten af te werpen. Denk hierbij aan aandacht voor de benaderingswijze van mensen met dementie, bewoners helpen hun oude gewoonten voort te zetten en een zinvolle daginvulling voor hen te creëren, aandacht voor bewegingsvrijheid en een huiselijke en ondersteunende omgeving. Wanneer we in de Monitor de huizen waar bewoners over het algemeen een hoge kwaliteit van leven hebben vergelijken met de rest van de woonvoorzieningen, dan valt op dat in de eerstgenoemde voorzieningen de bewoners significant vaker betrokken worden bij activiteiten.

Trends die verdere aandacht behoeven

Psychofarmacagebruik onverminderd hoog

In tegenstelling tot de afname die we zagen in het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, is het gebruik van psychofarmaca bij bewoners met dementie gelijk gebleven. Dit is teleurstellend en zeer zorgelijk gezien de toegenomen aandacht voor het toepassen van psychosociale interventies en het feit dat het beperkte effect en de negatieve bijwerkingen van psychofarmaca de laatste jaren nadrukkelijk naar voren zijn gebracht. Niettemin komt deze trend overeen met onze verwachtingen omdat recentelijk verschillende bronnen hun zorgen hebben geuit over de mate waarin richtlijnen voor het omgaan met onbegrepen gedrag en het terugdringen van psychofarmaca in de dagelijkse praktijk worden nagevolgd. Deze zorgen richten zich met name op het gebruik van antipsychotica en benzodiazepines bij mensen met dementie. De Monitor laat zien dat nog altijd ruim een kwart van de bewoners met dementie in de verpleeghuiszorg een antipsychoticum krijgt voorgeschreven; in het geval van benzodiazepines gaat het gemiddeld om iets minder dan één op de vijf bewoners. En dit terwijl meer dan driekwart van de ondervraagde artsen in deze meetronde (hoofdstuk 4, deel 2) zegt dat het gebruik van psychofarmaca binnen hun organisatie zou kunnen worden verminderd.

Vorig jaar heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aangekondigd meer aandacht te gaan besteden aan het toezicht op de intramurale dementiezorg en dan specifiek op de wijze waarop er wordt omgegaan met onbegrepen gedrag. De IGZ gaat zich bij inspectiebezoeken richten op de kernelementen voor het goed omgaan met onbegrepen gedrag van mensen met dementie[30] die ontleend zijn aan de verschillende al bestaande richtlijnen op dit gebied. Afgelopen half jaar hebben de eerste proefbezoeken plaatsgevonden. Uit gesprekken in de praktijk valt op te maken dat het feit dat de Inspectie hierop inzet, ertoe leidt dat organisaties die nog niet met dit thema bezig waren nu wel in beweging komen. Hopelijk draagt dit ook een steentje bij aan het daadwerkelijk terugdringen van het psychofarmacagebruik van mensen met dementie. Maar er lijkt meer nodig. Zoals we in de vorige meetronde van de Monitor al vaststelden, verdient het aanbeveling gerichte campagnes en projecten te starten om met name het gebruik van antipsychotica en benzodiazepines te verminderen. Dat dergelijke projecten zin lijken te hebben tonen de uitkomsten van een recente studie naar een zorgprogramma - GRIP op probleemgedrag – dat erop is gericht om onbegrepen gedrag van mensen met dementie multidisciplinair en volgens bestaande richtlijnen te benaderen: het gebruik van psychofarmaca op afdelingen die met dit zorgprogramma werken, bleek duidelijk te zijn verminderd[50]. Terugdringing van psychofarmaca in de zorg voor mensen met dementie blijkt zo wel degelijk mogelijk en verdere invoering van de bestaande richtlijnen en dit soort zorgprogramma's is dan ook van groot belang.

Verder kan uit gesprekken met de deelnemende woonvoorzieningen worden afgeleid dat er meer aandacht nodig is voor de manier van werken bij onbegrepen gedrag om

te voorkomen dat er te snel naar psychofarmaca of vrijheidsbeperkende maatregelen wordt gegrepen. Zo komt naar voren dat een structureel bij de zorg betrokken en stabiel multidisciplinair team van in ieder geval een arts, een psycholoog en verzorgenden van groot belang is. Dit komt overeen met één van de kernelementen van goed omgaan met onbegrepen gedrag in het eerder genoemde rapport voor de IGZ[30]. Voor de arts en de psycholoog lijkt een duidelijke rol weggelegd om met het team het methodisch omgaan met onbegrepen gedrag op een hoger plan te tillen. Dit vereist niet alleen betrokkenheid bij individuele bewoners als zich een probleem voordoet, maar juist een meer structureel engagement op organisatorisch en beleidsmatig niveau waarbij ook aandacht nodig is voor vaardigheden om goed met teams te kunnen communiceren. Is er eenmaal een duidelijke visie en werkwijze om onbegrepen gedrag te benaderen, dan lijkt het ten slotte ook belangrijk dat hierop wordt toegezien en dat behandelaars en verzorgenden elkaar en zo nodig hun leidinggevenden erop aanspreken als zij niet volgens de afspraken werken. Een volgende meetronde van de Monitor kan uitwijzen of het gebruik van psychofarmaca in Nederland onder die omstandigheden daadwerkelijk vermindert.

Lagere inzet van leidinggevenden, geen verandering in leiderschapsstijl en autonomie
De inzet van leidinggevenden in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie is afgenomen. Dit is geen onverwachte uitkomst aangezien er in veel organisaties bij reorganisaties managementlagen verdwijnen, enerzijds als bezuinigingsmaatregel, anderzijds omdat er een trend is naar meer zelfsturende teams. Hert gevolg is dat leidinggevenden teams vanaf een hoger managementniveau aansturen en dat dit de afstand tussen leidinggevende en team dikwijls vergroot.

Deze nieuwe organisatiestructuur vergt van de overgebleven managers ook een andere manier van aansturen. Voor de hand ligt in dit geval een meer coachende, stimulerende en visionaire leiderschapsstijl, ook wel transformationeel leiderschap genoemd. Toch zien we in de Monitor niet dat deze manier van leidinggeven de afgelopen jaren is toegenomen. Ook de verwachting dat minder inzet van leidinggevenden en meer zelfsturing tot gevolg zouden hebben dat verzorgenden een groter gevoel van autonomie hebben, zien we in de uitkomsten van de Monitor niet terug. Dit roept de vraag op wat de visie van organisaties op de aansturing van verzorgende teams nu precies is en in hoeverre veranderingen in formatie ook daadwerkelijk samengaan met een omslag in de manier van leidinggeven en de ruimte die verzorgenden krijgen om zelf beslissingen te nemen in hun werk. Of is de afname van het aantal leidinggevende binnen de woonvoorzieningen toch vooral een bezuinigingsslag en wordt er niet geïnvesteerd in een nieuwe wijze van aansturen en werken? Ten slotte is het de vraag of het huidige personeelsbestand van team- en zorgmanagers op dit moment ook echt in staat is om transformationeel leiding te gaan geven, zeker gezien de van oudsher hiërarchische organisatiestructuur van de verpleeghuiszorg.

Nader onderzoek is nodig om een beter beeld te krijgen van de keuzes die zorgorganisaties hierin maken, welke effecten dit heeft op de kwaliteit van de zorg en het welbevinden van

medewerkers en welke competenties teams en medewerkers nu nodig hebben om met minder leidinggevenden goed te kunnen werken. Meer zicht hierop is belangrijk omdat een leidinggevende die steunt en stuurt, een rolmodel is en een visie uitdraagt eerder in de Monitor Woonvormen Dementie een belangrijke succesfactor is gebleken voor goede zorg aan mensen met dementie. Hetzelfde geldt voor verzorgenden die gezien worden als professionals en de ruimte krijgen om zelfstandig hun werk te kunnen doen.

Arbeidstevredenheid en gevoel van persoonlijke bekwaamheid nemen af
Dat de arbeidstevredenheid en het geloof in eigen kunnen van zorgpersoneel zijn afgenomen is een onverwachte uitkomst van de Monitor, te meer daar er geen veranderingen zijn gevonden in de werkomstandigheden (werkdruk, autonomie, sociale steun van collega's en leidinggevende). De geconstateerde afname heeft vooral in de periode 2011-2013 plaatsgevonden, ten tijde van de tweede meetronde van de Monitor was deze trend nog niet ingezet. Mogelijk veroorzaken de vele reorganisaties die momenteel plaatsvinden binnen zorgorganisaties, de op handen zijnde hervormingen in de langdurige zorg en de daarmee samenhangende baanonzekerheid dusdanig veel onrust dat er een negatieve invloed van uitgaat op het welbevinden van verzorgenden in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.

Deze negatieve trend is zeer zorgelijk te noemen, zeker met het oog op de groei van het aantal mensen met dementie in de komende decennia en het naar verhouding afnemende aantal medewerkers in de zorg. Deze ontwikkeling komt bovendien bovenop het toch al negatieve beeld dat van het werken in de ouderenzorg bestaat. Een volgende meetronde zal uit moeten wijzen of deze negatieve trend zich voortzet.

Succesfactoren voor goede dementiezorg

Persoonsgerichte zorg

Persoonsgerichte zorg bleek in de verdiepende studie van de Monitor een van de succesfactoren voor goede dementiezorg[3]. Daarom hebben we in de tweede meetronde van de Monitor aandacht besteed aan de mate waarin de zorg in de deelnemende woonvoorzieningen persoonsgericht georganiseerd was en wat hiervan de invloed was. Het positieve effect dat uit deze meting naar voren kwam op het welbevinden van bewoners, familie en verzorgenden en op de kwaliteit van zorg, bevestigde dat persoonsgerichte zorg belangrijk is om goede dementiezorg te verwezenlijken.

In de derde meetronde hebben wij ons opnieuw op persoonsgerichte zorg gericht, omdat wij het belangrijk vinden te blijven monitoren hoe het met de persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie in Nederland gesteld is en waar nog verbeteringen mogelijk zijn. Daartoe hebben we in deze meetronde de persoonsgerichte zorg zowel in kaart gebracht vanuit het perspectief van verzorgenden als van familieleden.

Zorg bieden die afgestemd is op individuele bewoners is een belangrijk kenmerk van persoonsgerichte zorg waarin verzorgenden volgens eigen zeggen goed slagen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat meer dan zeventig procent van de verzorgenden te kennen geeft bijna altijd verschillend met bewoners om te gaan en daarbij rekening te houden met hun persoonlijkheid. Familieleden vinden dat verzorgenden hun naasten warmte bieden wanneer dat nodig is en hun verwant respectvol bejegenen. Zo zegt meer dan de helft van de familieleden dat verzorgenden hun naaste geruststellen wanneer hij of zij van streek is; driekwart vindt bijna altijd dat hun naaste respectvol bejegend wordt. Er zijn echter ook aspecten van persoonsgerichte zorg die aanzienlijk minder vaak in de praktijk worden gebracht. Zowel verzorgenden als familieleden zeggen dat het een stuk minder vaak lukt om een omgeving te creëren waarin aandacht is voor de behoefte van bewoners aan betrokkenheid en bezig zijn. Zo vinden verzorgenden duidelijk minder vaak dat bewoners plezierige activiteiten aangeboden krijgen die bij hun interesses passen; ook is er volgens hen dikwijls geen tijd om bewoners te stimuleren iets voor zichzelf te doen. Familie is het met dit laatste eens. Daarnaast blijkt dat familieleden van mening zijn dat niet altijd de tijd genomen wordt om te achterhalen wat hun naaste zelf kan. Bewoners een gevoel geven erbij te horen door hen te ondersteunen vriendschappen met medebewoners te sluiten of door samen met hen activiteiten te ondernemen, is ook een aspect van persoonsgerichte zorg dat minder vaak in de praktijk blijkt te worden gebracht.

Ten slotte valt op dat verzorgenden niet altijd kennis hebben van de achtergrond en de levensgeschiedenis van bewoners, een belangrijke voorwaarde om persoonsgerichte zorg te verlenen. Nog geen derde van de familieleden zegt dat medewerkers bijna altijd op de hoogte zijn van de voorgeschiedenis en eerdere ervaringen van hun naaste. Zonder deze informatie is het lastig om de identiteit van bewoners te versterken en eraan bij te dragen dat zij zich mens kunnen blijven voelen. Mogelijk is het hierdoor voor medewerkers soms ook moeilijk de wereld te begrijpen vanuit het perspectief van de persoon met dementie. Daardoor zal het dan ook lastig zijn het gedrag van bewoners goed te begrijpen.

Kortom, willen we de zorg aan mensen met dementie persoonsgerichter invullen – wereldwijd als prioriteit gezien voor goede dementiezorg[21,34] – dan zullen we aan een aantal van hun specifieke behoeften meer aandacht moeten besteden. Allereerst aan hun behoefte om betrokken en bezig te zijn. We zullen moeten investeren in het achterhalen van wat mensen met dementie zelf nog kunnen en hen vervolgens op gepaste wijze hierbij helpen. Eerder onderzoek van de Monitor[36] wees al uit dat mensen met dementie niet altijd in staat gesteld worden om zelf dingen te doen en dat hierdoor mogelijk veel kansen worden gemist om hun welbevinden te bevorderen. Verder dient de behoefte om erbij horen te worden gestimuleerd zodat mensen met dementie zich gelijkwaardig en onderdeel van een groep kunnen blijven voelen. Ten slotte is meer kennis nodig van de levensgeschiedenis en de gebruiken en voorkeuren van mensen

met dementie om daarmee aan hun behoefte aan identiteit tegemoet te kunnen komen en hun gedrag beter te kunnen begrijpen.

Een zinvolle dag

Het belang van activiteiten, oftewel zinvolle bezigheden, bleek al uit de eerdere meetronden van de Monitor Woonvormen Dementie[3]. Ook werd duidelijk dat veel van de deelnemende woonvoorzieningen met vragen rondliepen hoe zij hun bewoners met dementie een goede, zinvolle dag konden bezorgen. Daarom hebben wij ervoor gekozen in deze derde meetronde verder in te zoomen op de bezigheden van bewoners met dementie en verzorgenden hierbij actief te betrekken door hen zelf observaties te laten doen in de huiskamers. Op die manier wordt direct gewerkt aan de bewustwording van medewerkers als het gaat om het belang en de waarde van activiteiten voor mensen met dementie. Om verder aan deze bewustwording bij te dragen hebben wij na afloop van de gegevensverzameling op het Trimbos-instituut een bijeenkomst georganiseerd om de gevonden resultaten terug te koppelen naar de verzorgenden en naar andere vertegenwoordigers van de woonvoorzieningen.

Een aantal bezigheden van bewoners met dementie blijken vaak samen te hangen met positief welbevinden. Dit zijn eten en drinken, een praatje maken, creatieve, intellectuele en sportieve activiteiten, praten over vroeger (reminisceren), plezier maken, een spelletje doen, tv kijken of muziek luisteren en huishoudelijke activiteiten. Sommige van deze bezigheden (creatieve en sportieve activiteiten, reminisceren en huishoudelijke activiteiten) komen volgens de onderzoeksgegevens echter maar weinig aan bod in de deelnemende woonvoorzieningen. Hier lijken dan ook met name kansen te liggen om bewoners vaker bij zinvolle bezigheden te betrekken.

Uit gesprekken met vertegenwoordigers van de deelnemende woonvoorzieningen blijkt het belang van een teamcultuur die verzorgenden het gevoel geeft dat dit soort bezigheden ook werk is. Alleen dan voelen verzorgenden de ruimte om hiervoor tijd te maken en niet druk bezig te blijven met zorgactiviteiten en andere taken. Ook medewerkers met een welzijnsachtergrond aannemen of met bijvoorbeeld omgevingscoaches gaan werken heeft woonvoorzieningen geholpen meer aandacht voor dit soort bezigheden te genereren en ervoor te zorgen dat die ook echt gebeuren. Blijkbaar helpt het als er medewerkers in de woonvoorzieningen zijn die zich echt verantwoordelijk voelen voor de daginvulling van bewoners.

Ten slotte lijkt het van belang dat medewerkers inzien waarom bepaalde bezigheden ertoe doen. Zo hoor je regelmatig mensen zeggen dat huishoudelijke activiteiten geen meerwaarde hebben voor bewoners in een verder stadium van dementie die dit zelf niet meer kunnen. Of dat er geen meerwaarde is omdat mensen die dingen niet meer willen doen aangezien zij die altijd al gedaan hebben en het nu wel welletjes vinden. Wat dan over het hoofd wordt gezien is dat het niet alleen gaat om wat bewoners kunnen en willen doen, maar ook om de woonbeleving die huishoudelijke activiteiten oproepen.

Betrokkenheid van familie
Succesvolle samenwerking met familie bleek in de verdiepende studie van de Monitor een van de succesfactoren te zijn voor goede dementiezorg. Daarom hebben we in de tweede meetronde aandacht besteed aan de mate waarin familie zich partner voelt in de zorg en welke invloed dat heeft. De uitkomsten lieten zien dat ook partnerschap van familie in de zorg een breed scala aan positieve effecten heeft. Dit bevestigde dat ook dit thema belangrijk is om goede dementiezorg te verwezenlijken.

In de derde meetronde van de Monitor hebben wij ons opnieuw op de samenwerking met en de betrokkenheid van familie gericht. Veel deelnemende woonvoorzieningen bleken al bezig met dit thema en waren geïnteresseerd in verdiepende informatie over hoe zij deze samenwerking konden vormgeven en hoe het beleid en de houding van verzorgenden hieraan konden bijdragen. Daarom hebben we dit thema ditmaal vanuit het perspectief van het beleid, verzorgenden en familie benaderd. Daarbij hebben we specifiek gekeken naar de zeggenschap van familieleden en de activiteiten die zij binnen de woonvoorziening ondernemen.

Wat betreft zeggenschap van familieleden is het opvallend dat bijna alle woonvoorzieningen zeggen dat het hun beleid is om samen met familie invulling te geven aan de zorg en de begeleiding en behandeling van de bewoners, maar dat samen met familieleden de dagelijkse gang van zaken bepalen slechts in de helft van de woonvoorzieningen gebeurt. Ongeveer veertig procent van de verzorgenden zegt samen met de familie de gang van zaken binnen de woonvoorziening te bepalen en slechts iets meer dan 1 op de 10 familieleden geeft uit zichzelf hun mening over dit soort zaken. Ook valt op dat er geen relatie is tussen het beleid van de woonvoorziening en de mate waarin verzorgenden het gevoel hebben de zorg samen met familie te doen en de mate waarin familieleden zich partner voelen in de zorg en uit zichzelf hun mening geven. Het komt zowel voor dat er woonvoorzieningen zijn waar het beleid is om samen met familie invulling te geven aan de gang van zaken en waar dit toch niet goed uit de verf lijkt te komen, als woonvoorzieningen waar dit niet het beleid is, maar het toch gebeurt.

Kijkend naar de betrokkenheid van familieleden bij activiteiten zien we eenzelfde beeld. De mate waarin zij zich gestimuleerd voelen om een bijdrage te leveren door activiteiten te ondernemen binnen de woonvoorziening, de mate waarin verzorgenden zeggen dit te doen en het aantal uren dat familie ook daadwerkelijk een structurele bijdrage levert, hangt niet samen met het beleid. Verder valt op dat er geen woonvoorzieningen aan de Monitor meededen die familie verplichten om een bijdrage te leveren. Wel meldde bijna de helft van de woonvoorzieningen als beleid te hebben familieleden te stimuleren om activiteiten en taken binnen de woonvorm op zich te nemen.

Deze bevindingen suggereren dat er op dit gebied nog dikwijls sprake is van een papieren beleid dat niet echt leeft binnen de woonvoorziening. Uit eerdere uitkomsten van de

Monitor weten we dat beleid op zich, zonder actieve implementatie, bij lange na niet toereikend om veranderingen in de praktijk te bewerkstelligen[3]. Een andere verklaring kan echter zijn dat het nog te vroeg is om de effecten van het vaak nog zeer recente beleid in de praktijk terug te zien. Het feit dat er in sommige huizen niet echt een beleid is op dit gebied maar familieleden wel duidelijk betrokken zijn, roept ten slotte de vraag op of betrekken van familie bij de zorg niet veel meer een cultuurkwestie is. Moet er misschien eerst gewerkt worden aan een cultuuromslag en een paradigmawisseling voordat beleid op dit gebied daadwerkelijk tot resultaten, en dus tot kwaliteitsverbetering, kan leiden? Een vervolgmeting van de Monitor kan meer duidelijkheid geven over de vragen die de bevindingen van deze meetronde oproepen.

Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca
Zoals eerder aangegeven is er een positieve trend zichtbaar in het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Wat betreft psychofarmaca is de trend echter zorgelijk: er is nog altijd geen afname zichtbaar in het gebruik van deze middelen. In de tweede meetronde zagen we dezelfde trends. Naar aanleiding hiervan is besloten om in de derde meetronde dieper in te gaan op mogelijkheden om het gebruik van deze middelen (verder) terug te dringen. Dit hebben we gedaan door specifiek te kijken naar het perspectief van de voorschrijver van deze middelen, de arts.

De uitkomsten laten zien dat volgens de ondervraagde artsen met name het gebruik van psychofarmaca binnen hun organisatie zou kunnen worden verminderd: ruim driekwart van hen is deze mening toegedaan. Wat betreft vrijheidsbeperkende maatregelen ziet slechts eenderde nog mogelijkheden om het gebruik hiervan te verminderen. Ook als we kijken naar hoe vaak artsen onder druk dit soort middelen voorschrijven terwijl zij eigenlijk vinden dat het beter zou zijn om dit niet te doen, zien we een verschil tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca. Artsen voelen vaker druk om psychofarmaca voor te schrijven dan vrijheidsbeperkende maatregelen. Ten slotte zien we in het geval van vrijheidsbeperkende maatregelen ook wat vaker dan bij psychofarmaca dat eerst andere disciplines of psychosociale interventies worden ingezet. Deze bevindingen suggereren dat het gebruik van psychofarmaca mogelijk meer geaccepteerd is en dat hier daarom vaker en gemakkelijker om wordt gevraagd dan om vrijheidsbeperkende maatregelen. Ook komen deze uitkomsten overeen met de verschillen die wij gevonden hebben in de trends tussen vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca.

De mogelijkheden om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca verder terug te dringen lagen volgens de ondervraagde artsen op de eerste plaats op het vlak van de personele bezetting: meer personeel met meer deskundigheid (scholing in omgaan met gedrag, meer kennis over mogelijke alternatieven). Verder was een adequate fysieke omgeving met minder prikkels en meer licht naar de mening van de artsen van belang. Ook betere multidisciplinaire samenwerking, psychologen

kunnen inzetten voor omgangsadviezen, meer achtergrondinformatie over bewoners en meer periodieke evaluaties worden genoemd. Ten slotte zeggen de artsen dat er een cultuurverandering nodig is en dat conform richtlijnen omgaan met onbegrepen gedrag en psychosociale interventies inzetten niet alleen iets is dat in de protocollen moet staat, maar ook daadwerkelijk moet worden uitgedragen.

Deze oplossingsrichtingen komen sterk overeen met de bevindingen van een recent onderzoek naar de redenen voor het voorschrijven van psychofarmaca. Genoemd wordt hier met name de attitude van de betrokkenen, maar deze hangt waarschijnlijk nauw samen met tal van andere in- en externe factoren, zoals de visie binnen de organisatie, de kennis en ervaring van medewerkers, communicatie en samenwerking, kenmerken van de bewoners, overheidsbeleid en toegang tot kennis en expertise van externen[51].
Dat de genoemde cultuuromslag inderdaad van belang is, blijkt ook uit de bevinding van deze meetronde dat een eenduidige visie op zorg ervoor zorgt dat artsen zich minder onder druk voelen staan om vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca voor te schrijven.

Reflectie op de gebruikte methode

In de Monitor Woonvormen Dementie meten wij iedere twee jaar een aantal belangrijke aspecten van zorg en relateren die aan verwachtingen op grond van geformuleerd beleid of ingezette innovaties in de zorg. Op deze manier brengen wij trends in kaart in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. In 2012 hebben wij met behulp van de gegevens van de eerste twee meetronden gekeken welke trends zichtbaar waren. Strikt genomen konden we toen echter bij de gevonden verschillen nog niet van een trend spreken. Pas als een ontwikkeling in deze derde meetronde doorzet kunnen we dit daadwerkelijk een trend noemen.

Hierbij moet echter wel een belangrijke kanttekening worden gemaakt: de derde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie is geen representatieve steekproef van de woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie.
De reden hiervoor is dat de woonvoorzieningen voor het eerst een financiële bijdrage moesten leveren voor hun deelname aan de Monitor. Gezien de meerwaarde van de Monitor voor het veld en de deelnemende organisaties besloot het ministerie van VWS alleen de helft van deze derde meetronde te financieren en de andere helft aan de geïnteresseerde woonvoorzieningen te laten. Dit heeft de motivatie om deel te nemen beïnvloed en ertoe geleid dat er aan de derde meetronde een aanzienlijk kleiner aantal woonvoorzieningen heeft meegedaan, namelijk 54, dan aan de eerste en de tweede meetronde waaraan ongeveer 140 woonvormen deelnamen. Uiteraard belemmert dit de vergelijking van de uitkomsten met die van de eerdere meetronden. Daar staat tegenover dat 54 toch nog altijd een aanzienlijk aantal is en dat uit een vergelijking van woonvoorzieningen die wel en niet besloten mee te doen aan de derde meetronde geen opvallende verschillen zijn gebleken.

Samenwerking met deelnemende woonvoorzieningen

Zoals gezegd zijn de uitkomsten van de eerste twee meetronden niet alleen van belang gebleken voor het beleid, maar ook van praktisch nut voor de deelnemende woonvoorzieningen zelf. Bij deze derde meetronde hebben we er op verschillende manieren aan gewerkt om het nut voor de woonvoorzieningen verder te vergroten. Allereerst door de deelnemende woonvoorzieningen al vanaf het begin bij de derde meetronde te betrekken en in samenwerking met hen te bepalen welke thema's leven in het veld en nader onderzoek behoeven. Ook hebben we de woonvoorzieningen ditmaal aangeboden op hun locatie een toelichting te geven op de individuele resultaten in de *benchmark*. Tijdens deze bijeenkomsten waarbij vaak een zeer gevarieerd gezelschap aanwezig was – van leden van de cliënten- en ondernemingsraad, de raad van bestuur en team- en locatiemanagers tot behandelaars en verzorgenden – hebben wij de gevonden resultaten toegelicht en zijn we met de zaal in discussie gegaan om de resultaten te duiden en daarmee richtingen voor verdere verbeteringen te bepalen. Deze bijeenkomsten leverden inspirerende discussies op en zijn zeer positief ontvangen. Deze samenwerking zullen wij voortzetten en in de volgende meetronde verder uitbouwen.

Referentielijst

1 Willemse, B.M., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2012). *Monitor Woonvormen Dementie. Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.* Utrecht: Trimbos-instituut.

2 Pot, A.M. & Lange, J., de (2010). *Monitor Woonvormen Dementie. Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.* Utrecht: Trimbos-instituut.

3 Lange, J. de, B. Willemse, D. Smit, A.M. Pot (2011). *Monitor Woonvormen Dementie. Tien factoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie.* Utrecht: Trimbos-instituut.

4 Bussemaker, J. (2009). *Brief betreft stimuleren kleinschalig wonen voor mensen met dementie.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

5 Actiz (2012). *Kleinschaligheid: kansen maar geen tovermiddel. Kleinschaligheid in zorg en verblijf voor dementerende ouderen.*

6 Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (2014). *Dossiers scheiden wonen en zorg, Actuele besluitvorming.* Bezocht op 15 december 2014 op http://www.kcwz.nl/dossiers/scheidenwonenenzorg/actuele_besluitvorming.

7 Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). (2011). *Centraal Kwartaalmonitor Indicatiemelding Vierde kwartaal 2011 Definitief.* Gedownload op 4 oktober 2012, van http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/kwartaalmonitor/Kwartaalmonitor_Indicatiemelding_2011_vierde_kwartaal.pdf.

8 De Klerk, M. (2011). *Zorg in de laatste jaren: Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planburau (SCP).

9 Bussemaker, J. (2010). *Brief betreft betekenis van de visie op langdurige zorg voor bekostiging van de AWBZ.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

10 Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2011). *Vertrouwen in de zorg: de beleidsdoelstellingen van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

11 Peeters, J.M., de Lange, J., van Asch, I.F.M., Spreeuwenberg, P., Veerbeek, M., Pot, A.M. & Francke, A.L. (2012). *Landelijke evaluatie van casemanagement dementie.* Utrecht: Nivel.

12 Alzheimer Nederland (2014). *Inbreng van Alzheimer Nederland bij begrotingsbehandeling Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*

13 Abvakabo FNV en IVA beleidsonderzoek en advies (2011). *Aan de slag met diversiteit in de zorg.* Gedownload op 4 oktober 2012, van http://www.iva.nl/uploads/documents/307.pdf.

14 Actiz. (2012). Geraadpleegd op 4 oktober 2012, van http://www.actizkleurrijkezorg.nl/kleurrijke-zorg.

15 Centraal Planbureau (CPB) (2009). *Arbeidsaanbod en gewerkte uren tot 2050: Een beleidsneutraal scenario.* Den Haag.

16 Rijksoverheid (2010). Gedoogakkoord-vvd-pvv-cda. Gedownload op 15-12-2014 via http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/09/30/gedoogakkoord-vvd-pvv-cda.html.

17 Redactie (19-01-2013). Geld voor ouderenzorg gaat naar managers. Algemeen Dagblad. Gedownload op 15 december 2014 via http://www.ad.nl/ad/nl/1012/Nederland/article/detail/3379775/2013/01/19/Geld-voor-ouderenzorg-gaat-naar-managers.dhtml?utm_source=scherm1&utm_medium=button&utm_campaign=Cookiecheck.

18 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2009). *Toepassing van domotica in de zorg moet zorgvuldiger.* Den Haag.

19 Van der Leeuw, J. & Houtenbos, R. (2014). *Minder kosten door domotica: Inzet met behoud van kwaliteit van zorg.* Gedownload op 15 december 2014 via BoardRoom ZORG, http://www.boardroomzorg.nl/images/pdf/BRZ_2014_04_22-24.pdf.

20 Social Protection Committe (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society.* Bruxelles: Council of the European Union.

21 Alzheimer's Disease International (2013). *World Alzheimer Report 2013: Journey of caring, an analysis of long-term care for dementia.* London: Alzheimer's Disease International.

22 Panteia, onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn (2012). *Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in Zorg en Welzijn 2011-2015.* Zoetermeer: Panteia.

23 Maurits, E.E.M., de Veer, A.J.E., Spreeuwenberg, P. & Frankce, A.L. (2013). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2013, cijfers en trends.* Utrecht, Nivel.

24 Schippers, E.I. en Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2011). *Kamerbrief Arbeidsmarkt: vertrouwen in professionals.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

25 Te Boekhorst, S., Willemse, B., Depla, M.F., Eefsting, J.A., & Pot, A.M. (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *International Psychogeriatrics, 20,* 927-940.

26 Verbeek, H. (2010). *Redesigning dementia care.* Universiteit Maastricht.

27 Innovatiekring dementie (2012). Geraadpleegd op 4 oktober 2012, van www.innovatiekringdementie.nl.

28 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2014). *Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam.* Utrecht.

29 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2005). Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Utrecht.

30 Zwijsen, S.A., de Lange, J., Pot, A.M., Mahler, M. & Minkman, M. (2013). *Omgaan met onbegrepen gedrag. Inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie.* Utrecht: Vilans en Trimbos-instituut.

31 Staats-secretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). Gewijzigd voorstel van wet. Regels ten aanzien van zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten). Eerste Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 31 996, A.

32 Alzheimer Nederland (2014). *Tips over antipsychotica.* Bezocht op 15 december 2014 op http://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/blogs/2014/mei/tips-over-antipsychotica-bij-dementie.aspx.

33 Smit D, de Lange J, Willemse B, Pot AM (2012). The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. International Psychogeriatrics, 6:1-11.

34 World Health Organization (2012). *Dementia: A public health priority.* Geneva.

35 Willemse, B., Smit, D., Lange, J de, & Pot, A.M. (2013). Is de zorg persoonsgericht? De Monitor Woonvormen Dementie (1). Denkbeeld, 25, 22-24.

36 Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D. de Lange, J. & Pot, A.M (2014). Staff-resident interactions in long-term dementia care: psychological needs and residents' well-being. *Aging and Mental Health, epublication ahead of print.*

37 Sadiraj, K., Timmermans, J., Ras, M., de Boer, A. (2009). *De toekomst van de mantelzorg.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

38 Royers, T., de Jons, Y., de Bruijn, I., Visser, G., Mulder, A. & Tanja. A. (2010). Impulspakket samenspel: praktijk-wijzer om het samenspel met mantelzorgers te bevorderen. Theo Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg. Vilans.

39 Peeters, J., Werkman, W. & Francke, A. (2013). *Dementiemonitor Mantelzorg 2013, deelrapportage 1 en 2.* Utrecht: Alzheimer Nederland en Nivel.

40 Centraal Bureau voor de Statistiek. (2012). *Werkloosheid verder opgelopen.* Gedownload op 7 augustus 2012, van http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-042-pb.htm.

41 Smit, D. (2010). De kwaliteit van de geboden zorg. In Pot, A.M. & de Lange, J. (eds) *Monitor Woonvormen Dementie. Een studie naar verpleeghuis zorg voor mensen met dementie* (pp. 43-50). Utrecht: Trimbos-instituut.

42 Dröes, R.M. & Finnema, E. (2001). Belevingsgerichte zorg bij dementia. Serie belevingsgerichte zorg bij dementia (1). *Denkbeeld 13 (4),* 6-10.

43 Kitwood, T.M. (1997). *Dementia Reconsidered: the person comes first.* Buckingham: Open University.

44 Brooker, D.J., Wooley, R.J., and Lee, D. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: An evaluation of a multi-level activity based model of care. *Aging & Mental Health,* 11, 361-370.

45 Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2014): Staff–resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being, Aging & Mental Health, DOI: 10.1080/13607863.2014.944088.

46 Verkaik, R. (2009) *Depression in dementia: development and testing of a nursing guideline.* Utrecht: NIVEL.

47 Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M. & Marx, M. S. (2010). The underlying meaning of stimuli: impact on engagement of persons with dementia. Psychiatry Research, 177, 216–222. doi:10.1016/j.psychres.2009.02.010.

48 Smit D, de Lange J, Willemse B, Pot AM (2012). The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. International Psychogeriatrics, 6:1-11.

49 Smit, D., Willemse, B., de Lange, J. & Pot, A.M. (2014). *Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study.* International Psychogeriatrics (2014), 26:1, 69-80.

50 Zwijsen, S.A. (2014). *Grip on challenging behaviour. Development, implementation and evaluation of a care programme for the management of challenging behavior on dementia special care units.* Amsterdam: VUmc.

51 Smeets, C.H.W., Smalbrugge, M., Zuidema, U., Derksen, E., de Vries, E., van der Spek, K., Koopmans, R.T.C.M. & Gerristen, D. (2014). Factors related to psychotropic drug prescription for neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association 15 (11),* 853-840.

52 Brooker, D. (2007). Person-centred dementia care: making services better. Bradford: University of Bradford.

53 Te Boekhorst, S., Depla, M.F.I.A., de Lange, J., Pot, A.M. & Eefsting, J.A. (2007). Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. *Tijdschrift voor Geriatrie en Gerontologie, 38,* 17-26.

54 Trimbos-instituut. (2010). *Verkorte versie Vragenlijst Kleinschalig Zorgaanbod.* Gedownload op 4 oktober 2012, van http://www.kennispuntdementie.nl/~/media/Themasites/Dementie/Files/ingekorte%20versie%20vragenlijst%20zorgaanbod%20voor%20kennispuntdementienl.ashx.

55 Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Leiden Quality of work questionnaire: It's construction, factor structure, and psychometric qualities. *Psychological Reports, 85,* 963 – 970.

56 Schaufeli,W., Dierendonck,v.D., (2000). UBOS: Utrechtse Burnout Schaal: Handleiding. SWETS Test Publishers: Consulting Psychologists Press, Inc.

57 Lintern,T. (2009). Improving quality in dementia care: Relationships between care staff attitudes, behaviour and resident quality of life. VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & Co. KG, Saarbrücken, Germany.

58 Trimbos-instituut (2010). *Eenduidigheid in Visie op Zorg.* Gedownload op 4 oktober 2012, van http://www.kennispuntdementie.nl/~/media/Themasites/Dementie/Files/Vragenlijst%20Eenduidigheid%20in%20visie%20op%20zorg.ashx.

59 Carless, S.A., Wearing, A.J., & Mann, L. (2000). A short measure of transformational leadership. *Journal of Business and Psychology, 14*(3).

60 De Jonghe, J.F.M., Kat, M.G., Kalisvaart, C.J., & Boelaarts, L. (2003). Neuropsychiatric Inventory vragenlijst (NPI-Q): validiteitsaspecten van de Nederlandse versie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 34,* 74 – 77.

61 Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society, 31*(1), 721-726.

62 Morris, J.N., Fries, B.E., Mehr, D.R. et al. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology, 49,* 174-182.

63 Ettema, T.P., Dröes, R.M., de Lange, J., Mellenbergh, G.J., & Ribbe, M.W. (2007). QUALIDEM: Development and evaluation of a Dementia Specific Quality of Life Instrument. Scalability, reliability and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22,* 549-556.

64 Maas, M., & Buckwalter, K. (1990). *Final report: Phase II nursing evaluation research: Alzheimer's care unit* (R01 NR01689-NCNR). Rockville, MD: National Institutes of Health.

65 Trimbos-instituut (2010). *Rol familie in zorg naaste (FPCR-NL).* Gedownload op 4 oktober 2012, van http://www.kennispuntdementie.nl/~/media/Themasites/Dementie/Files/Verkorte%20versie%20FPCR%20NL.ashx.

66 Pot, A.M., van Dyck, R., & Deeg, D.J.H. (1995). Ervaren druk door informele zorg. Constructie van een schaal. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 26,* 214 – 219.

67 Porock, D., and Chang, Y-P. (2013). *Measuring Person-Centered Care in Long Term Care: Direct Care Staff Questionnaire Psychometrics and Scoring Manual Version 1.* Buffalo, NY: University at Buffalo, State University of New York.

Bijlage 1: Overzicht publicaties en presentaties Monitor Woonvormen Dementie

2014

Publicaties:

Smit, D., Willemse B.M., De Lange. J., & Pot, A.M. (2014). Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. *International Psychogeriatrics,* 26 (1), 69-80.

Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D. de Lange, J. & Pot, A.M (2014). Staff-resident interactions in long-term dementia care: psychological needs and residents' well-being. *Aging and Mental Health, epublication ahead of print.*

Willemse, B.M., Depla, M.F.I.A., Smit, D. & Pot, A.M (2014). The relationship between small-scale nursing home care for people with dementia and staff's perceived job characteristics. *International Psychogeriatrics,* 26(5), 805-816.

Willemse, B.M., De Jonge, J., Smit, D., Visser, Q., Depla, M.F.I.A. & Pot, A.M (2014). Person-centeredness towards people with dementia in relation to work and well-being: a cross-sectional survey study in nursing homes. *Journal of advanced nursing, epublication ahead of print.*

Pot, A.M. & Willemse, B.M. (2014). *Persoonsgerichte zorg.* In: Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. (ISBN: 9789036806923).

Presentaties:

Willemse, B.M. (maart 2014). Persoonsgerichte zorg in de ouderenpsychiatrie? Platform gerontopsychiatrie in de V&V (NKOP).

Pot, A.M. & Willemse, B.M. (maart 2014). Persoonsgerichte zorg. Symposium bij Alzheimer Nederland over Trimbos en dementie.

Willemse, B.M. (september 2014). De kleinschalige zorgprofessional. Congres kleinschalig zorgen.

Willemse, B.M., Wessel, C.& Pot, A.M. (november 2014). Person-centered care in daily practice: achievements and challenges. Gerontological Society of America (GSA) Annual Scientific Meeting.

Wessel, C. & Tuinenberg, A. (november 2014). Zinvolle activiteiten intramuraal. Congres Moderne Dementiezorg.

Willemse, B.M. & Smalbrugge, M. (november 2014). Inzet psychofarmaca. Congres Moderne Dementiezorg.

Willemse, B.M. & Glas, A. (november 2014). Mantelzorg als zorgpartner? Congres Moderne Dementiezorg.

Blokland. M. (november 2014). Kwaliteit van verpleeghuiszorg verbeteren. Werkbezoek Pia Dijkstra, D66.

2013

Publicaties:

Lange, J de, Willemse, B., Smit, D., & Pot, A.M. (2013). Het geheim van de succesvolle woonvoorziening. De Monitor Woonvormen Dementie (3). *Denkbeeld, 25,* 26-29.

Pot, A.M., Smit, D., Willemse, B., & Lange, J. de (2013). Partners in de zorg? De Monitor Woonvormen Dementie (2). *Denkbeeld, 25,* 34-35.

Willemse, B., Smit, D., Lange, J de, & Pot, A.M. (2013). Is de zorg persoonsgericht? De Monitor Woonvormen Dementie (1). *Denkbeeld, 25,* 22-24.

Presentaties:

Willemse, B.M. & Post, A. (Maart 2013). Persoonsgerichte zorg en de rol van de psycholoog. Presentatie tijdens studiemiddag PgD: Psychologische expertise voor de verpleeghuiszorg.

Willemse, B.M. (April 2013). Maken of breken? Persoonsgerichte communicatie bij dementie. Vrijwilligersdag Alzheimer Nederland.

Willemse. B.M., de Lange, J. & Post, A. (Mei 2013). Maak je organisatie klaar voor persoonsgerichte zorg! Symposium 'De PERSOON met dementie: Handvatten voor persoonsgerichte zorg'.

Willemse, B.M. (Juni 2013). ICT needs and problems of older adults. iAge Midterm Conference, Noorwegen.

Willemse, B.M. (Oktober 2013). Persoonsgericht omgaan met mensen met dementie. Alzheimer Café.

Pot, A.M. & Willemse, B.M. (December 2013). Monitor Woonvormen Dementie: kleinschalige zorg. Lunchpresentatie ministerie van VWS.

2012

Publicaties:

Willemse, B.M., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2012). *Monitor Woonvormen Dementie: Trends en succesfactoren in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie 2008-2011.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Smit D, de Lange J, Willemse B, Pot A.M. (2012). The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. *International Psychogeriatrics,* 6:1-11.

Willemse, B.M., De Jonge, J., Smit, D., Depla, M.F.I.A. & Pot, A.M. (2012). The moderating role of decision authority and coworker- and supervisor support on job demands in nursing homes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 49,* 822–833.

Presentaties:

Pot, A.M. (2012). Transition to small-scale nursing home care for people with dementia: The impact on staffing needs in 2030. Interdem meeting, Alzheimer Disease International,Londen.

Smit, D., Willemse, B., Lange, J., de, Pot, A.M. (2012). Woonvoorzieningen voor mensen met dementie, Wat maakt het een succes? College mastervak klinische psychologie, VU Amsterdam.
Willemse, B. (2012). The impact of healthcare workers' psychosocial work environment on their and residents' well-being and quality of care. Team meeting Bradford Dementia Group, Bradford University.
Willemse, B., Arnold, L., Smit, D., Lange, J. de, & Pot, A.M. (2012). Enhancing interactions between healthcare staff and people with dementia. Poster presentation ADI conference.
Willemse, B. M. (Maart 2012). The impact of healthcare workers' psychosocial work environment on their and residents' well-being and quality of care. Team meeting Bradford Dementia Group, Bradford University.
Willemse, B.M. (Juni 2012). De nieuwe zorgprofessional vanuit het perspectief van succesvolle zorg. Ontbijtsessie Zorgalliantie.
Willemse, B.M. (Juni 2012). Wat maakt de zorg een succes? Bijeenkomst leidende coalitie kleinschalige zorg, Surplus.
Willemse, B.M. (April 2012). Woonvoorzieningen voor mensen met dementie: Wat maakt het een succes? Bijeenkomst kleinschaligheid, Actiz.
Willemse, B.M., Smit, D., Arnold, L., de Lange, J. & Pot, A.M. (November 2012). Do staff-resident interactions address resident's needs and effect well-being? Congress of Gerontological Society of America (GSA).
Willemse, B.M., Smit, D., Dasselaar, W. & Pot, A.M. (November 2012). Relation between psychosocial working conditions and psychotropic drug and physical restraint use. Congress of Gerontological Society of America (GSA).

2011

Publicaties:

Lange, J. de, B. Willemse, D. Smit, A.M. Pot (2011). *Monitor Woonvormen Dementie. Tien factoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie.* Utrecht: Trimbos-instituut (ISBN 978-90-5253-6941).
Willemse, B.M., Smit, D., Lange, J de & Pot, A.M. (2011). Nursing home care for people with dementia and residents' quality of life, quality of care and staff well-being: Design of the Living Arrangements for people with Dementia (LAD)-study. *BMC Geriatrics 17,* 11-11.

Presentaties:

Lange, J. de., Willemse, B., Smit, D., Pot, A.M. (2011). Housing with care for people with dementia in the Netherlands. Seminar organized by School of Social Work and Social Policy of Trinity College in Dublin.
Lange, J. de, Willemse, B., Smit, D., Pot, A.M (2011). Gelukkig door interactie? De voorwaarden. Symposium Gelukkig door Interactie, Utrecht.

Lange, J. de, Willemse, B., Smit, D., Pot, A.M. (2011). Success factors for living arrangements for people with dementia The secrets of good nursing home care. Poster presentation IPA conference Den Haag.

Lange, J. de (2011). Praktisch aan de slag, de voorwaarden (2011). Openingslezing BSL congres.

Pot, A.M. (2011). Housing with care for people with dementia in The Netherlands [in German]. Gradmannkolloquium. Stuttgart: Dec. 2. (invited plenary)

Pot, A.M. (2011). Wat is nu werkelijk kleinschalige zorg. StudieArena Landelijk congres moderne dementiezorg. Nieuwegein: November 28. (invited plenary)

Pot, A.M. (2011). Dementia: Monitoring & development of evidence-based interventions. Presentation Iris Murdoch Centre. March 7. (invited lunch meeting)

Smit, D., Willemse, B., Lange, de, J., Pot, A.M. (februari 2011). Levenslust in woonvoorzieningen. Succesfactoren en valkuilen in de intramurale zorg voor mensen met dementie. Presentatie Gerion congres: depressie en apathie versus levenslust.

Smit, D., Willemse, B., Lange, de, J., Pot, A.M. (september 2011). Activity involvement and quality of life of long term residents with dementia. International congress of International Psychogeriatric Association (IPA).

Smit, D., Willemse, B., Lange, de, J., Pot, A.M. (september 2011). Woonvoorzieningen voor mensen met dementie; wat maakt het een succes? Themabijeenkomst Kleinschalig Wonen Vilans.

Smit, D., Willemse, B., Lange, de, J., Pot, A.M. (november 2011). Involving volunteers in long term dementia care. Opportunities to increase quality of life. Congress of Gerontological Society of America (GSA).

Willemse, B.M. (2011). Woonvoorzieningen voor mensen met dementie: Wat maakt het een succes? Geriatriedagen. Den Bosch, 3 February.

Willemse, B.M. (2011). College: Verpleeghuiszorg voor mensen met dementie: Wat maakt het een succes? En welke bijdrage kan een psycholoog leveren? Mastervak Klinische Ouderenpsychologie. Klinische psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam, 15 February.

Willemse, B.M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (September 2011). Enhancing interactions between healthcare staff and people with dementia. International congress of International Psychogeriatric Association (IPA).

Willemse, B.M., Visser, Q., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (November 2011). Person-centered attitude, job demands and resources of healthcare staff: The relationship with staff well-being. Congress of Gerontological Society of America (GSA).

Willemse, B.M. (November 2011). Sociale psychologie van wonen met dementie. PgD bijeenkomst voor managers.

Willemse, B.M., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (30 September 2011). Verschillende typen kleinschalige zorg: Benodigd personeel in de toekomst en de kwaliteit van leven van bewoners. Poster presentation 10e Nationaal Gerontologiecongres.

Willemse, B.M., Visser, Q., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (September 2011). Person-centered attitude, job demands and resources of healthcare staff: The relationship with staff well-being. Poster presentation international congress of International Psychogeriatric Association (IPA).

2010

Publicaties:

Pot, A.M., Lange, J. de (Ed.). (2010). *Monitor Woonvormen Dementie. Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.* Utrecht: Trimbos-instituut (ISBN 978-90 5253-6729).

Presentaties:

Lange, J. de, en V. de Boe. (23 november 2010). Kleinschalig wonen: de organisatie. Congres Moderne Dementiezorg, Nieuwegein.

Pot, A.M. (2010, November 19-23). The effect of variety in Group Living Home care on the required amount of staff and residents' quality of life. 63rd Annual Scientific Meeting, Gerontological Society of America, New Orleans, USA.

Smit, D. (2010, September 26-29.). Group living Home Care and activity involvement for residents with dementia: myths and facts. International Psychogeriatric Association. Santiago de Compostella, Spain.

Smit, D. (2010, October 4-7.). Group living Home Care, nursing staff welbeing and quality of care. 4th European Nursing Congress. Rotterdam.

Smit, D. (23 november 2010). Welbevinden in activiteiten in kelinschalige woonvoorzieningen voor mensen met dementie. Congres Moderne Dementiezorg, Nieuwegein.

Willemse, B.M. (23 november 2010). Kleinschalig wonen: Personeelsmotivatie. Congres Moderne Dementiezorg, Nieuwegein.

Willemse, B.M. (23 november 2010). Kleinschalig wonen: Personele bezetting. Congres Moderne Dementiezorg, Nieuwegein.

Willemse, B.M., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (30 september 2010). Verschillende typen kleinschalige zorg: Benodigd personeel in de toekomst en de kwaliteit van leven van bewoners. Posterpresentatie 10e Nationaal Gerontologiecongres.

Willemse, B.M. (2010, September 26-29). The relation between group living home care and demands, control and social support of care staff. International Psychogeriatric Association. Santiago de Compostella, Spain.

2009

Publicaties:

Smit, D. & Willemse, B. (2009). Design and environment, does size matter? Australian Ageing Agenda's Dementia Supplement, September-October, 54.

Presentaties:

Willemse, B., Smit, D. (2009) The comparison of residents'well-being, job satisfaction and burnout of nursing staff, and quality of care in small group living homes and several other types of intramural psychogeriatric care. IPA Congress. Montreal. September 1-5.

Bijlage 2: Methodologische verantwoording

In deze bijlage worden de onderzoeksmethoden van de Monitor Woonvormen Dementie beschreven. We staan stil bij de selectie van de deelnemende woonvoorzieningen en bij de manier waarop de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden. Daarnaast worden de gebruikte meetinstrumenten en de analysemethoden besproken.

Beschrijving en selectie van deelnemende woonvoorzieningen

De in de Monitor Woonvormen Dementie beschreven trends zijn gebaseerd op gegevens van 136 woonvoorzieningen in meetronde 1 (2008/2009), 144 woonvoorzieningen in meetronde 2 (2010/2011) en 47 woonvoorzieningen in meetronde 3 (2013-2014). Deze voorzieningen vertegenwoordigen vijf typen woonvormen voor mensen met dementie:

1. Verpleeghuizen waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd.
2. Verzorgingshuizen met pg-units waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd.
3. Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden met meer dan 36 bewoners.
4. Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden met maximaal 36 bewoners op een locatie waar ook andere zorg, zoals verzorgingshuiszorg, wordt geboden.
5. Woonvoorzieningen die uitsluitend kleinschalige zorg bieden met maximaal 36 bewoners.

In totaal hebben 54 woonvoorzieningen aan de derde meetronde van de Monitor deelgenomen, maar zeven daarvan hadden geen BOPZ-status. Woonvoorzieningen met een BOPZ-erkenning zijn op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen aangemerkt als instellingen die mensen onvrijwillig mogen opnemen en afdelingsdeuren voor de bewoners mogen afsluiten. Aangezien er steeds meer woonvoorzieningen zonder BOPZ-status in Nederland ontstaan die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie, zeker wanneer er sprake is van scheiding van wonen en zorg, hebben wij er in deze meetronde voor gekozen deze voorzieningen wel aan de Monitor te laten meedoen, maar hun gegevens niet meegenomen in de analyse van de trends aangezien in eerdere meetrondes geen huizen meededen zonder BOPZ-status.

In tabel 1 is weergegeven hoe de deelnemende woonvoorzieningen in meetronde 1, 2 en 3 verdeeld zijn over de vijf typen woonvormen en hoeveel woonvoorzieningen per type aan alle meetronden meededen. Doordat het aantal vaste deelnemers te klein is, is vergelijking tussen woonvoorzieningen die aan alle meetronden hebben deelgenomen, niet mogelijk.

Redenen om na de eerste meetronde niet meer mee te doen aan de Monitor waren: verbouwing, ander lopend onderzoek, benodigde tijdsinvestering en opbrengst van de tijdsinvestering, druk met overgang naar kleinschalige zorg, reorganisatie, uitval van personeel, verzuim, te druk en geen pg-bewoners meer op de locatie. Dergelijke zaken waren ook onderdeel van de afwegingen om na de tweede meetronde niet meer deel te nemen aan de Monitor, maar zoals eerder uiteengezet speelde ditmaal een belangrijke rol dat wij voor deze meetronde van de deelnemers een financiële bijdrage moesten vragen omdat de overheidssubsidie voor de helft wegviel.

Tabel 1: Deelnemende woonvoorzieningen in meetronde 1 en 2 uitgesplitst naar type woonvorm.

Type woonvorm	MWD1	MWD2	MWD3	Vaste deelnemers
Verpleeghuizen waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd.	27	29	2	1
Verzorgingshuizen met PG-units waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd.	17	27	6	2
Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden met meer dan 36 bewoners.*	31	29	10	3
Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden met maximaal 36 bewoners op een locatie waar ook andere zorg zoals verzorgingshuiszorg wordt geboden.	35	29	14	2
Woonvoorzieningen die uitsluitend kleinschalige zorg bieden met maximaal 36 bewoners.	26	30	15	5
Totaal	**136**	**144**	**47**	**13**

* Bij type 3 wordt geen onderscheid gemaakt tussen woonvormen waar wel of geen andere zorg wordt geboden naast de kleinschalige zorg aan mensen met dementie.

Vergelijking van de kenmerken van uitgevallen en doorgaande woonvoorzieningen

Zoals in Tabel 1 te zien is zijn er grote verschillen tussen het aantal deelnemers aan de eerste twee meetronden en de derde meetronde en tussen de verdeling over de verschillende typen woonvormen. Het is daarom van groot belang zicht te krijgen op de verschillen tussen de woonvoorzieningen die na de tweede meetronde besloten niet meer mee te doen en de huizen die wel zijn blijven deelnemen. Dit om te kunnen beoordelen wat het effect kan zijn van de verschillende groepssamenstelling op de uitkomsten van de trendanalyses.

Een voorbeeld: Wanneer de uitvallers na de tweede meetronde er gemiddeld een veel lagere personele bezetting op na zouden houden dan de deelnemers die ook meededen aan de derde meetronde, zou een afname in personele bezetting veroorzaakt door beleid weggepoetst kunnen worden door de selectieve uitval van woonvoorzieningen:

door de uitval van woonvoorzieningen die laag scoorden op personeelsbezetting, zal het in dit voorbeeld lijken alsof de gemiddelde personele bezetting in de loop der tijd omhoog is gegaan, terwijl deze in werkelijkheid is verminderd. In tabel 2 is weergegeven in hoeverre de verschillende groepen op een aantal kenmerken van elkaar verschillen.

Tabel 2: Vergelijking kenmerken uitgevallen en doorgaande woonvoorzieningen.

Kenmerk	Uitvallers na MWD1 (n=70)	Deelnemers die zowel aan MWD1 als MWD2 meededen (n=66)	Verschil	Uitvallers na MWD2 (N=121)	Deelnemers die zowel aan MWD2 als MWD3 meededen (N=23)	Verschil
	M	M		M	M	
Kleinschalig zorgaanbod (schaal 0-56)	28.98	32.28	†	31.2	32.3	
Dagelijkse directe zorginzet – uur per bewoner per week	22.63	22.52		22.3	23.0	
Percentage ZZP4	7.12	10.12		3.7	2.9	
Percentage ZZP5	70.00	64.13		76.9	77.3	
Percentage ZZP7	18.11	19.62		14.0	17.4	

† p<.10

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er geen grote verschillen zijn tussen de 70 woonvoorzieningen die wel hebben deelgenomen aan de eerste meetronde maar niet aan de tweede, en de 66 woonvoorzieningen die aan zowel de eerste als de tweede meetronde van de Monitor hebben meegedaan. De deelnemers die aan beide meetronden meededen blijken over het geheel genomen ten tijde van de eerste meting alleen een iets kleinschaliger zorgaanbod te hebben gehad dan de uitvallers. Als we kijken naar de verschillen tussen de 121 woonvoorzieningen die wel hebben deelgenomen aan de tweede meetronde maar niet aan de derde, en de 23 woonvoorzieningen die aan zowel de tweede als de derde meetronde van de Monitor hebben meegedaan, zien we dat er geen verschillen bestaan als het gaat om kleinschalig zorgaanbod, personele bezetting en ZZP-mix.

Gegevensverzameling

Voor de Monitor Woonvormen Dementie hebben wij op verschillende manieren gegevens verzameld. In alle gevallen geldt dat dit anoniem is gebeurd. Een aantal delen van het gegevensbestand zijn pas in de tweede of derde meetronde opgenomen. Wanneer dit het geval is, geven we dat aan.

- Interview manager: In elke woonvoorziening is een interview gehouden met een manager, het afdelingshoofd of de teamleider over onder andere de personele bezetting en de organisatorische kenmerken van de woonvoorziening. Het interview werd afgenomen door een getrainde onderzoeksassistent.

- Registraties: Er zijn registraties opgevraagd van het psychofarmacagebruik en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en domotica.
- Observatievragenlijst bewoners: Door middel van een aselecte steekproef zijn bewoners geselecteerd. In de eerste en tweede meetronde van de Monitor waren dit er twaalf, in de derde meetronde was dit afhankelijk van de grootte van de woonvoorziening en werd een derde van de bewoners geselecteerd (met een minimum van twaalf). Hiertoe is besloten in overleg met de deelnemende woonvoorzieningen. De eerst verantwoordelijke verzorgende van deze bewoners is vervolgens gevraagd observatielijsten in te vullen om hun kwaliteit van leven en functioneren in kaart te brengen. Wanneer er in een woonvoorziening twaalf of minder bewoners woonden, is gevraagd over alle bewoners een vragenlijst in te vullen.
- Vragenlijst familie: In de tweede en derde meetronde van de Monitor is ook aan familieleden van de bewoners uit de steekproef gevraagd een vragenlijst in te vullen over onder andere de door hen ervaren zorgbelasting en over partnerschap in de zorg, tevredenheid met de woonvoorziening en de mate waarin er naar hun inschatting persoonsgericht werd gewerkt.
- Vragenlijst verzorgenden: Door middel van een aselecte steekproef zijn in de eerste en tweede meetronde vijftien verzorgenden geselecteerd. Waren er vijftien of minder verzorgenden werkzaam, dan is alle verzorgenden gevraagd een vragenlijst in te vullen. De gegevensverzameling was anoniem. In de derde meetronde is er geen steekproef getrokken en zijn alle verzorgenden uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Onder verzorgenden verstaan wij alle medewerkers van niveau 1 tot en met 5 in de woonvoorzieningen die werkzaam zijn in de dagelijkse directe zorg; stagiaires, vrijwilligers en huishoudelijk personeel zijn buiten beschouwing gelaten. Deze verzorgenden hebben we onder andere gevraagd naar hun arbeidstevredenheid en mogelijke burn-outklachten, de eenduidigheid van de zorgvisie, persoonsgerichte houding en persoonsgerichte zorg.
- Vragenlijst behandelaren: In de derde meetronde zijn ook alle behandelaren die betrokken zijn bij de verpleeghuiszorg voor de bewoners met dementie uitgenodigd een vragenlijst in te vullen. Wij hebben een vrij brede definitie van behandelaren gehanteerd: specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, activiteitenbegeleider, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger, verpleegkundig specialist/physician assistent/nurse practitioner en psychomotorisch therapeut. De vragenlijst had betrekking op de samenwerking binnen het multidisciplinaire team en hun kijk op mensen met dementie. Aan de artsen zijn ook vragen gesteld over het gebruik van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Observatie van bezigheden van bewoners: In de derde meetronde is aan twee verzorgenden per woonvoorziening gevraagd ieder twee bewoners te observeren gedurende drie diensten. De verzorgenden ontvingen instructie hoe zij die bezigheden en de aandacht en het welbevinden van bewoners daarbij dienden te observeren. De gebruikte observatiemethodiek hebben we speciaal voor de Monitor ontwikkeld; deze is gebaseerd op de systematiek van Dementia Care Mapping[52], een gestandaardiseerde methodiek

die vaker in onderzoek gebruikt wordt maar arbeidsintensief is en ook getrainde observatoren vergt. In de huidige studie lieten we verzorgenden die werkzaam waren binnen de woonvoorziening één keer per uur zelf observeren wat bewoners aan het doen waren en hoe hun welbevinden en aandacht op dat moment waren.

Respons vragenlijsten

In tabel 3 is weergegeven hoeveel vragenlijsten over verzorgenden, bewoners, familieleden en behandelaren in de drie meetronden teruggestuurd zijn. Opvallend is dat de respons voor de vragenlijsten over bewoners en verzorgenden in de derde meetronde aanzienlijk lager was dan in de twee vorige ronden. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is de nieuwe manier om de vragenlijsten in de derde meetronde te verspreiden en af te nemen. Voorafgaande aan de derde meetronde hebben wij met de deelnemende woonvoorzieningen besproken hoe zij dit binnen hun organisatie het liefst zouden willen zien. Hieruit bleek een voorkeur voor het gebruik van digitale vragenlijsten en daarom hebben wij ervoor gekozen de vragenlijsten voor verzorgenden over henzelf en over de bewoners en de vragenlijsten voor behandelaren digitaal af te nemen. Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst over hun eigen positie ontvingen de verzorgenden een e-mail met een link naar de vragenlijst. Hetzelfde gebeurde bij de behandelaars. Voor het invullen van de vragenlijst over de bewoners kregen de verzorgenden een envelop met een A4 erin waarop stond voor welke bewoner zij de vragenlijst moesten invullen en welke link zij daarvoor konden gebruiken. Gezien de respons is het voor een volgende meetronde van belang de manier van afnemen van de vragenlijsten te heroverwegen. Dit in overleg met de deelnemende woonvoorzieningen.

Tabel 3: Respons vragenlijsten verzorgenden, bewoners, familieleden en behandelaren in MWD1, MWD2 en MWD3.

	MWD1		MWD2		MWD3	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Verzorgenden	1180	59%	1145	53%	501	30%
Bewoners	1327	84%	1390	89%	546	65%
Familieleden	-	-	888	52%	431	52%
Behandelaren	-	-	-	-	206	53%

-: in deze meetronde zijn op dit gebied geen gegevens verzameld.

Gebruikte gestandaardiseerde meetinstrumenten

Voor verschillende uitkomstmaten zijn in de Monitor bestaande gestandaardiseerde meetinstrumenten gebruikt. Deze staan hieronder beschreven.

Interview manager

Kleinschalig zorgaanbod

De mate waarin kleinschalige zorg wordt geboden, is gemeten met behulp van een verkorte versie van de vragenlijst 'Kleinschalig zorgaanbod'. Deze vragenlijst hebben wij in een eerder onderzoek ontwikkeld en is gebaseerd op de opvattingen over kleinschalige zorg van verschillende pioniers en experts op het gebied van kleinschalig wonen[53,54]. Van verschillende kenmerken van kleinschalige zorg is aan de manager gevraagd aan te geven in hoeverre deze van toepassing waren op de woonvoorziening. Bijvoorbeeld: 'Maaltijden worden aan tafel opgeschept.' Er is een totaalscore op basis van veertien vragen berekend waarbij er minimaal 0 en maximaal 56 punten kunnen worden behaald. Een hogere score vertegenwoordigt een kleinschaliger zorgaanbod.

Vragenlijst verzorgenden

Werkomstandigheden

Met behulp van de Leidse Arbeidskenmerken Schaal (LAKS)[55] zijn verschillende arbeidskenmerken gemeten. In totaal zijn hiervoor vier subschalen van de LAKS afgenomen: werkeisen, autonomie, sociale steun van leidinggevende en sociale steun van collega's. Medewerkers hebben aangegeven in hoeverre ze het met bepaalde stellingen eens waren. Een voorbeeld van deze stellingen: 'Mijn collega's bieden mij een helpende hand als dat nodig is.' De antwoorden, variërend van 1 ("helemaal eens") tot 4 ("helemaal oneens"), zijn per subschaal bij elkaar opgeteld; vervolgens is het gemiddelde berekend (range 1-4), waarbij een hoger gemiddelde betekent dat het betreffende kenmerk meer voorkomt.

Arbeidstevredenheid

De arbeidstevredenheid van de verzorgenden is ook gemeten met de Leidse Arbeidskenmerken Schaal[55]. Een voorbeeldstelling is: 'Ik ben tevreden met mijn baan.' De antwoorden zijn per subschaal bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range 1-4), waarbij een hoger gemiddelde meer tevredenheid met het werk inhoudt.

Betrokkenheid bij de organisatie

Ook de betrokkenheid bij de organisatie van verzorgenden is gemeten met de LAKS (range 1-4). Voorbeeldstellingen zijn: 'Ik ben er trots op dat ik bij deze instelling werk' en: 'Deze instelling is een prettige organisatie om voor te werken.'

Burn-outklachten
Burn-outklachten zijn gemeten met de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)[56]. In de UBOS worden uitspraken gedaan die betrekking hebben op de wijze waarop de respondent zijn werk beleeft en hoe deze zich daarbij voelt, zoals: 'Aan het einde van de werkdag voel ik me leeg.' De antwoorden variëren van 0 ('nooit') tot 6 ('altijd/dagelijks'). Er zijn twee kenmerken van burn-outklachten gemeten: emotionele uitputting en gevoel van persoonlijke bekwaamheid. De antwoorden zijn per subschaal bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range van 0–6). Hoe hoger de emotionele uitputting die de respondenten ervaren en hoe lager hun gevoel van persoonlijke bekwaamheid, hoe meer sprake er is van burn-outklachten.

Persoonsgerichte houding
De persoonsgerichte houding van de verzorgenden ten opzichte van mensen met dementie is gemeten met een subschaal van de Nederlandse vertaling van de Approach to Dementia Questionnaire[57]. De verzorgenden hebben gereageerd op stellingen door aan te geven in hoeverre ze het ermee eens waren, bijvoorbeeld: 'Goede dementiezorg betekent zorg voor zowel psychologische als lichamelijke behoeften,' of: 'Mensen met dementie hebben vaak een goede reden zich te gedragen zoals ze doen.' Hieruit is een score gevormd binnen een range van 1 tot 5 punten. Een hogere score staat voor een persoonsgerichtere houding ten opzichte van mensen met dementie.

Persoonsgerichte zorg
De Person-centered care vragenlijst (PCC; Porock & Chang, 2013) is ontwikkeld om de persoonsgerichte zorg die geboden wordt in kaart te brengen. In deze meetronde is gebruikgemaakt van de in het Nederlands vertaalde versie van dit meetinstrument. Voorbeelden van vragen zijn: 'Ik ga verschillend met de bewoners om, rekening houdend met hun persoonlijkheid' en: 'Wanneer een bewoner agressief wordt, krijg ik helder wat daarvan de reden is.' De antwoordcategorieën variëren van 1 ('nooit') tot 5 ('altijd'). De totaalscore varieert van 1 tot 5. Hoe hoger de score, hoe meer persoonsgerichte zorg de verzorgenden bieden.

Visie
Een zorgvisie die een duidelijke leidraad biedt voor de praktijk en het beleid, is een belangrijke factor om woonvoorzieningen voor mensen met dementie tot een succes te maken. De vragenlijst 'Eenduidigheid in Visie op Zorg'[58] meet of er binnen zorgteams onenigheid of onduidelijkheid bestaat over de invulling van de zorg. Medewerkers dienen op twaalf thema's aan te geven in welke mate hierover binnen het team onenigheid of onduidelijkheid bestaat. Voorbeelden van thema's zijn 'persoonlijke aandacht voor bewoners' of 'communicatie met familie'; antwoordcategorieën variëren van 'nooit' tot 'altijd'. De totaalscore loopt uiteen van 1 tot 5. Hoe hoger de score, hoe meer eenduidigheid in de visie.

Transformationeel leiderschap
De transformationele leiderschapsstijl is in kaart gebracht met de Global Transformational Leadership Scale (GTL)[59]. De GTL bestaat uit zeven stellingen, zoals: 'Mijn direct leidinggevende moedigt medewerkers aan en laat waardering blijken' en: 'Mijn direct leidinggevende is duidelijk over wat hij/zij belangrijk vindt en geeft zelf het goede voorbeeld.' De antwoorden variëren van 'zelden of nooit' tot '(bijna) altijd'. De antwoorden zijn bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range 1-5), waarbij een hoger gemiddelde staat voor een sterkere mate van transformationeel leiderschap.

Observatievragenlijst bewoners
Probleemgedrag
Probleemgedrag is gemeten met de Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q)[60]. Dit is een internationaal frequent gebruikt instrument om neuropsychiatrische symptomen te beoordelen. De score varieert van 0 tot 36, waarbij een hoge score wijst op veel neuropsychiatrische symptomen (meer probleemgedrag).

Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL)
De hulp die de bewoner nodig heeft bij de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) is gemeten met de KATZ-vragenlijst[61]. De score laat zien hoe afhankelijk bewoners in de woonvoorziening zijn bij het uitvoeren van de activiteiten van het dagelijks leven en kan uiteenlopen van 1 tot 7, waarbij een hoge score betekent dat de bewoners over het algemeen veel hulp nodig hebben bij de uitvoering van de ADL.

Cognitief functioneren
Het cognitief functioneren van de bewoners is in kaart gebracht met de Cognitive Performance Scale[62]. Met de CPS kijkt men welke belemmeringen de bewoner ondervindt om beslissingen te nemen, zich te uiten en nieuwe dingen te onthouden (het kortetermijngeheugen). De score op de CPS kan variëren van 0 tot 6, waarbij 0 betekent dat iemand geen problemen met cognitief functioneren heeft, en 6 dat iemands beperkingen in cognitie ernstig zijn.

Kwaliteit van leven
De kwaliteit van leven van de bewoners met dementie is in kaart gebracht met behulp van de Qualidem[63]. Dit meetinstrument bestaat uit negen verschillende subschalen: positief affect, sociale relaties, zich thuis voelen, zorgrelatie, positief zelfbeeld, iets om handen hebben, negatief affect, rusteloos gedrag en sociaal isolement. De subschalen bestaan uit een aantal items waarbij men kan aangeven in welke mate bepaald gevoel of gedrag bij de bewoner voorkomt, variërend van 'nooit' tot 'vaak'. Voorbeelden zijn: 'Heeft contact met andere bewoners' en: 'Kan genieten van dingen in het dagelijks leven.' Voor iedere subschaal geldt dat er minimaal 0 en maximaal 3 kan worden gescoord. Voor de subschalen positief affect, sociale relaties, zich thuis voelen, zorgrelaties, positief zelfbeeld en iets om handen hebben, geldt dat een hogere score op de

subschalen een hogere kwaliteit van leven van de bewoners vertegenwoordigt. Voor de subschalen negatief affect, rusteloos gedrag en sociaal isolement representeert een hoge score juist een lagere kwaliteit van leven.

Betrokkenheid bij activiteiten
Met behulp van een lijst met activiteiten hebben verzorgenden vastgesteld bij welke bezigheden bewoners gedurende de drie dagen voorafgaand aan de meting gemiddeld waren betrokken. Voorbeelden van activiteiten zijn: 'Kaarten, spelletjes of puzzels', 'Muziek en zingen' of 'Uitstapjes of winkelen'. De lijst bevat 21 activiteiten waarbij voor ieder item wordt aangetekend of, hoe vaak en hoe lang de bewoner gedurende de drie dagen van het onderzoek bij de betreffende activiteit was betrokken. Daarnaast is op een schaal van 1 tot 5 aangegeven hoe leuk de bewoner deze activiteit heeft gevonden.

Vragenlijst familieleden
Partnerschap in zorg
De mate waarin familie betrokken is bij het reilen en zeilen van de woonvoorziening en zich een partner in de zorg voelt, hebben we gemeten met een selectie uit de Nederlandse vertaling van de Family Perceptions of Caregiving Role (FPCR)[64,65]. Familieleden hebben gereageerd op 23 stellingen van de subschaal 'Role' die betrekking hebben op de rol die zij spelen in de verzorging van hun naaste met dementie. Een voorbeeld: 'Ik voel me een buitenstaander in de zorg voor mijn familielid.' De deelnemende familieleden hebben op een schaal van 1 tot en met 7 aangetekend in hoeverre ze het eens zijn met de stelling. De gemiddelde eindscore kan variëren van 1 tot 7 punten. Een hogere score op de schaal betekent dat familieleden zich betrokkener voelen bij de zorg, ofwel dat familieleden een grotere rol spelen in de zorg.

Ervaren zorgbelasting
De zorgbelasting die familieleden ondervinden is vastgesteld aan de hand van de vragenlijst 'Ervaren Druk door Informele Zorg' (EDIZ)[66]. Familieleden hebben voor negen stellingen aangegeven in welke mate deze op hen van toepassing zijn. Voorbeelden van stellingen zijn: 'De situatie van mijn naaste eist voortdurend mijn aandacht' en: 'De hulp die mijn familielid nodig heeft, komt teveel op mijn schouders neer.' De eindscore kan uiteenlopen van 0 tot 9, waarbij een hoge score betekent dat de familie zich zwaar belast voelt.

Persoonsgerichte zorg
De Person-centered care vragenlijst (PCC)[67] is ontwikkeld om de mate van persoonsgerichte zorg binnen de woonvoorziening in kaart te brengen zoals deze ervaren wordt door de familie. In de derde meetronde hebben wij gebruikgemaakt van de in het Nederlands vertaalde versie van dit meetinstrument. Voorbeelden van vragen zijn: 'De medewerkers nemen de tijd om te achterhalen wat mijn familielid zelf kan' en 'De medewerkers stellen mijn familielid gerust wanneer hij/zij van streek is.' De

antwoordcategorieën variëren van 1 ('nooit') tot 5 ('altijd'). De totaalscore loopt uiteen van 1 tot 5. Hoe hoger de score, hoe meer persoonsgerichte zorg verzorgenden volgens familieleden van bewoners bieden.

Analysemethoden

Analyses trendhoofdstukken

In de trendhoofdstukken zijn ontwikkelingen in de dementiezorg door de tijd heen bestudeerd. Dit is gebeurd door de woonvoorzieningen op drie meetmomenten te vergelijken: de eerste meetronde, uitgevoerd in 2008 en 2009 (n=136), de tweede meetronde (2010-2011; n=144) en de derde meetronde, uitgevoerd in 2013 en 2014 (n=47). Deze vergelijking geeft een algemeen beeld van hoe een steekproef van instellingen in Nederland zich gedurende een periode van zes jaar heeft ontwikkeld.

Voor deze vergelijking hebben wij ervoor gekozen een *multilevel regressieanalyse* te gebruiken in het computerprogramma Stata. Hierbij wordt rekening gehouden met het aantal keren dat een woonvoorziening heeft deelgenomen aan de Monitor (m.a.w. dat er van een woonvoorziening één (n=160), twee (n=64) of drie (n=13) metingen beschikbaar kunnen zijn). Deze multilevel analyse kijkt naar de ontwikkelingen door de tijd. Aangezien de meeste woonvoorzieningen niet aan elke meting hebben meegedaan, kunnen we echter niet met zekerheid concluderen of de gevonden ontwikkeling inderdaad gerelateerd is aan de tijd of aan het feit dat er andere woonvoorzieningen in de steekproef zitten. In de analyses is ook rekening gehouden met het feit dat sommige woonvoorzieningen onderdeel zijn van een overkoepelende organisatie en dat de waarnemingen hier dus beïnvloed kunnen worden door gemeenschappelijk beleid.

Voor de analyses van uitkomsten die samengesteld zijn uit reacties van bijvoorbeeld de ondervraagde verzorgenden, zoals arbeidstevredenheid, hebben wij een woonvoorzienig alleen in de analyses meegenomen wanneer er binnen die voorziening minimaal drie verzorgenden de vragenlijst hadden ingevuld. Ditzelfde geldt voor de uitkomsten die gebaseerd zijn op de vragenlijsten over bewoners, familie of behandelaars. Hierdoor wisselt het aantal in de analyses verwerkte woonvoorzieningen per uitkomst.

Analyses succesfactoren

Persoonsgerichte zorg

Om een beeld te krijgen van welke aspecten van persoonsgerichte zorg op dit moment dikwijls al goed geïntegreerd zijn in de praktijk en welke minder, hebben wij gekeken hoe vaak verzorgenden en familieleden zeiden dat bepaalde uitspraken vaak of bijna altijd het geval waren binnen de woonvoorziening. Per voorziening is per uitspraak berekend hoeveel procent van de verzorgenden of familieleden 'vaak' of 'bijna altijd' heeft aangekruist. Vervolgens is het gemiddelde van alle woonvoorzieningen berekend in SPSS. In het betreffende hoofdstuk hebben wij alleen de uitspraken weergegeven waarop de hoogste en laagste percentages werden gevonden.

Een zinvolle dag
Allereerst hebben we bezien hoe vaak bepaalde bezigheden bij de totale groep geobserveerde bewoners zijn waargenomen. Dit is in percentages weergegeven. Vervolgens hebben we de relatie tussen de verschillende bezigheden en het welbevinden van bewoners in kaart gebracht door gebruik te maken van *univariabele multilevel regressieanalyses*, waarbij rekening gehouden werd met het feit dat er van elke bewoner 24 metingen beschikbaar waren, en dat dezelfde verzorgende meerdere bewoners had geobserveerd. Om te onderzoeken in welke mate de aandacht die de bewoners voor de bezigheid hadden van invloed was op de relatie tussen de activiteiten en het welbevinden, hebben wij per bezigheid ook nog een analyse uitgevoerd met daarin de betreffende interactieterm.

Ten slotte hebben wij onderzocht welke kenmerken van de organisatie van de zorg doorwerkten in bezigheden die bewoners een hoge kans geven om zich goed te voelen. Dit is gebeurd door een *backward regressieanalyse* in het computerprogramma Stata uit te voeren. In deze analyse hebben wij eerst voor een aantal categorieën (bijvoorbeeld kenmerken van de zorgorganisatie en kenmerken van verzorgenden) bezien welke voor deze groep kenmerkende variabelen verband hielden met de bezigheden. Vervolgens hebben wij de kenmerken die verband bleken te houden met activiteiten van de verschillende groepen gezamenlijk onderzocht op hun relatie met de activiteiten. Alleen de variabelen die significant bleken, hebben we in de schema's weergegeven.

Betrokkenheid van familie
Om een beeld van de betrokkenheid van familie te krijgen hebben we eerst in kaart gebracht hoe vaak familieleden zeiden iets te ervaren of te doen. Per woonvoorziening hebben wij daarvoor, net als in het geval van de uitspraken over persoonsgerichte zorg, een percentage berekend van alle familieleden in de woonvoorziening. Vervolgens is het gemiddelde van alle woonvoorzieningen berekend in SPSS. Hetzelfde geldt voor de aspecten die bij de verzorgenden zijn gemeten. Dit zijn de percentages die weergegeven zijn in het betreffende hoofdstuk.

Daarnaast hebben we onderzocht in hoeverre het beleid en hetgeen familieleden en verzorgenden aangeven, met elkaar samenhangen. Hiertoe zijn correlaties berekend tussen verschillende uitkomsten of zijn regressieanalyses uitgevoerd in SPSS.

Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca
Om in beeld te brengen hoe artsen tegen het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca aankijken, hebben wij allereerst onderzocht hoeveel artsen een bepaalde mening toegedaan waren door percentages te berekenen in SPSS.

Daarnaast is onderzocht in hoeverre de druk die artsen voelen om vrijheidsbeperkende maatregelen of psychofarmaca voor te schrijven samenhangt met de eenduidigheid van de zorgvisie binnen de organisatie, de tevredenheid met de samenwerking binnen het multidisciplinaire team en een persoonsgerichte houding. Hiervoor zijn regressieanalyses uitgevoerd in SPSS. Alleen de variabelen die significant bleken, zijn in het betreffende hoofdstuk beschreven.

Trimbos instituut



De Monitor Woonvormen Dementie wordt uitgevoerd door het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut, en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de 54 deelnemende woonvoorzieningen. Een belangrijke doelstelling van het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut is de verbetering van de zorg aan mensen met dementie, hun mantelzorgers en zorgverleners gedurende het hele ziekteproces.

In deze publicatie leest u welke ontwikkelingen in de geboden verpleeghuiszorg zich over de periode 2008-2014 in de deelnemende woonvoorzieningen hebben voorgedaan. De resultaten worden in verband gebracht met het gevoerde (overheids)beleid van de afgelopen jaren, en de initiatieven voor kwaliteitsverbetering die binnen de verpleeghuissector hebben plaatsgevonden. Daarnaast zijn vier thema's die momenteel spelen in de dementiezorg nader onder de loep genomen: 1) persoonsgerichte zorg, 2) een zinvolle dagbesteding voor bewoners, 3) betrokkenheid van familie en 4) het terugdringen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca. De uitgave biedt hiermee aanknopingspunten voor verbeteringen van de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie en voor het personeelsbeleid in deze sector.

www.trimbos.nl